

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 56

Contribution à l'étude
Des Arthropathies Syphilitiques :
PSEUDO-TUMEURS BLANCHES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 18 Mars 1914

PAR

Rouben GOUARIANTZ

Né à Tiflis (Caucase), le 10 janvier 1890.



TREVOUX
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ARTHROPATHIES SYPHILITIQUES :
PSEUDO-TUMEURS BLANCHES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 56

Contribution à l'étude
Des Arthropathies Syphilitiques :
PSEUDO-TUMEURS BLANCHES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 18 Mars 1914

PAR

Rouben GOUARIANTZ

Né à Tiflis (Caucase), le 10 janvier 1890.



TREVoux
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LÉPINE, PIERRET, BEAUVISAGE, LACASSAGNE.

Professeurs

Cliniques médicales.....	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		X...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		X...
Clinique des maladies nerveuses et mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		LEPINE (J.).
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et toxicologie.....		POLLOSSON (A.)
Matière médicale et botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et histologie.....		MOREAU.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		LESIEUR.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		COURMONT (P.).
Pharmacologie.....		MARTIN (Et.).
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

Professeurs adjoints

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

Chargés de cours complémentaires

Chimie minérale.....	BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Embryologie.....	LATARGET,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—
Botanique.....	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale.....	VILLARD,	—
Clinique infantile.....	MOURIQUAND.	—
Déontologie et Médecine professionnelle.....	X...	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LATARJET.	MOURIQUAND.	FROMENT.
COMMANDEUR.	BRETIN.	ARLOING (F.).	THEVENOT (Lucien).
NEVEU-LEMAIRE.	LERICHE.	GUILLEMARD.	PIERY.
LAROYENNE.	THEVENOT (Léon).	POLICARD.	COTTE.
VORON.	TAVERNIER.	GARIN.	DUROUX.
NOGIER.	CADE.	SAVY.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROQUE, *Président*; NICOLAS, *Assesseur*;
MM. LERICHE et TAVERNIER, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A SON EXCELLENCE

MONSIEUR LE PROFESSEUR N. A. WÉLIAMINOFF

Membre de l'Académie des Sciences de Saint-Petersbourg,
Professeur de Clinique chirurgicale à l'Académie Impériale
de Médecine Militaire.

*C'est un très grand honneur pour nous
de pouvoir reproduire avec son consente-
ment ses remarquables observations, et en
témoignage de notre profonde reconnais-
sance et de notre grande admiration, nous
lui dédions ces très modestes pages.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de ma vive affection.

A MON FRÈRE ARTACHESSE

A qui je dois exprimer toute ma reconnaissance en raison des sacrifices qu'il s'est imposés pour moi.

A MA SŒUR ET A MES FRÈRES

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. ROQUE

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté,
Chevalier de la Légion d'honneur.

*Nous garderons un souvenir inoubliable
de son enseignement magistral. Qu'il
daigne accepter ici le témoignage de notre
respectueuse gratitude pour le grand hon-
neur qu'il nous fait de présider notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VICTOR CORDIER

Chef de Clinique Médicale.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse,
nous adressons nos remerciements les plus
sincères pour le très grand intérêt qu'il
nous a toujours témoigné et la bienveil-
lance dont il a toujours fait preuve envers
nous.*

A MES JUGES ET A MES MAITRES

A MON AMI ET COLLÈGUE

LE DOCTEUR MAURICE BOUVIER

*En souvenir de notre amitié loyale et
désintéressée.*

A MES AMIS MINAS BAYAN ET LAZARE DJINGHEUZ

CHAPITRE PREMIER.

Introduction et Division.

Les cliniciens s'entendent assez mal sur ce qu'est la syphilis articulaire.

Elle commence au simple rhumatisme syphilitique dans la période secondaire. Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas dans le service de M. le Prof. Roque.

Puis c'est la vraie syphilis articulaire tertiaire avec lésions anatomiques caractéristiques, avec ses plaques de blindage, etc. Elle a son allure spéciale, bien connue de tous, nous la laisserons de côté.

Si nous allons plus loin nous voyons progressivement les lésions syphilitiques devenir moins nettes au point de vue anatomique et clinique et rappeler la tuberculose; celle-ci est à éliminer dans bien des

cas où le diagnostic est douteux et difficile, ne se jugeant que sous le traitement.

Ce sont des pseudo-tumeurs blanches tel que le cas de M. Nicolas. Il est difficile de dire ici dans quelle mesure la tuberculose a préparé la terrain à la syphilis ou la syphilis à la tuberculose.

Enfin il est une dernière catégorie d'arthropathies, peu connues en France, bien étudiées à l'étranger, et demandera à être plus longuement étudiée au point de vue critique, ce sont les *arthrites hybrides syphilo-tuberculeuses*. M. le professeur Wéliaminoff les décrit pour la première fois. Elles sont encore discutées au point de vue anatomique, diagnostique et thérapeutique.

Il est évidemment difficile d'affirmer leur nature. Certes c'est depuis bien longtemps qu'on admet le *scrofulate de vérole*, mais l'on a toujours une certaine répugnance à admettre une association morbide pour expliquer une seule lésion et nous ne serions pas convaincu de la possibilité de cette double lésion sans avoir vu évoluer dans le service de M. le professeur Roque, un cas qui nous a fort intrigué.

Par conséquent, le plan de notre étude sera le suivant :

Nous commencerons par un bref historique qui paraît indispensable pour la mise au point de la question et pour montrer par quelles étapes on peut passer de la syphilis pure à la syphilis masquée.

Puis, nous referons à propos des cas récents une revue rapide des manifestations articulaires banales de la syphilis.

Ensuite nous développerons le chapitre des syphilitis articulaires hybrides en général, tel qu'il est conçu à l'étranger et surtout par M. Wéliaminoff.

Enfin, dans une dernière partie, nous nous attacherons surtout à la question de l'arthrite syphilitique à forme pseudo-tumeur blanche.

Nous étudierons successivement l'histoire clinique en citant nos observations ; puis l'anatomie pathologique ; enfin, dans un chapitre de conclusion, nous essaierons, à l'aide des récentes recherches de laboratoire et des résultats thérapeutiques, de juger de la pathogénie et de la nature de ces arthrites que quelques auteurs veulent considérer comme une hybridité syphilo-tuberculeuse.

CHAPITRE II.

Evolution du sujet.

Nous n'avons pas l'intention de refaire un historique complet de la syphilis articulaire. On le trouve dans un assez grand nombre d'ouvrages consacrés à ce sujet. Nous jugeons utile cependant de le rappeler brièvement dans ses grandes lignes.

Les affections articulaires syphilitiques sont signalées déjà depuis fort longtemps par les chroniqueurs et les médecins. La lettre suivante, adressée en 1488 par Pierre Martyr, à son ami Arias Barbosa, nous le prouve d'une manière manifeste : « Tu m'écris, dit-il, que tu es affecté d'une maladie particulière, appelée bubas par les Espagnols, galico par les Italiens, éléphantias par quelques médecins et de diverses manières par d'autres. Tu dépeins avec une incomparable élégance ton malheur, tes pertes, la gêne de

tes jointures, la faiblesse de tes ligaments, les douleurs atroces de tes articulations, tes ulcères, la fétidité de ton haleine. Je te plains, cher Arias, etc. » Villabos (1498), dans un de ses poèmes, résume ainsi les signes qui annoncent le mal : « Une petite plaie au membre viril de mauvais aspect, à bords indurés, indolente, maux de tête, visage livide, pesanteur des épaules, insomnies, rêvasseries, yeux cernés, lèvres sèches, inertie des membres, fatigue générale, nonchalance et trouble de la vision ; après l'invasion des pustules, douleurs articulaires multiples. . . . » Fracastor (1546) décrivant l'épidémie qui sévit en Italie au xv^e siècle, parle des douleurs articulaires que présentaient les malades. Ambroise Paré (1561) connaissait les manifestations articulaires de la syphilis et il les considérait comme un accident précoce de la maladie : « Lorsque la vérole est récente, il apparaît ulcère à la verge ou à la vulve, tumeurs aux aines, chaude-pisse jetant quelquefois sanie puante et fort fétide, laquelle provient des parastates ou des ulcères qui sont au conduit de la verge ; ils ont aussi douleurs aux jointures, testes, espauls, etc. »

Della Croce (1583) dans sa Chirurgie, sous le titre : « Delli dolori nati del male francese », décrit les arthralgies syphilitiques. Levinus Lemnius (1561) explique même que les arthralgies ne sont pas toujours d'origine syphilitique : « Omnes ficosi articulari morbo laborant et non omnes podagrici morbi gallici sunt. » (Cit. Wéliaminoff).

Au xvii^e siècle, les arthropathies syphilitiques sont

un peu oubliées et ce n'est qu'au xvin^e qu'Astruc, Fabre, Plenck s'occupent de nouveau de la question et parlent des ankyloses qui peuvent survenir au cours de la syphilis.

Chomel (1837) dit que la syphilis peut attaquer les extrémités comme le corps des os longs et il admet l'arthropathie syphilitique. Hunter, le grand syphiligraphe anglais, nie la syphilis articulaire, mais un de ses commentateurs, Babington, relève cette assertion et admet que la syphilis porte son action non seulement sur les articulations, mais encore qu'elle agit à deux époques différentes de son évolution à la période secondaire et à la période tertiaire. Bassereau, Vidal (de Cassis), Langlebert, Rollet et d'autres syphiligraphes sont très réservés sur cette question. Ricord ne croit pas que l'existence des arthropathies syphilitiques puisse être nettement établie. Richet (1853) fait paraître son mémoire remarquable sur les « tumeurs blanches syphilitiques » et il inaugure ainsi l'ère scientifique de la syphilis articulaire ; il décrit deux formes : la synovite syphilitique, accident secondaire tardif ; et l'ostéo-synovite, accident franchement tertiaire. Cette publication devient l'origine d'une confusion et la source de bien des polémiques. Ricord ne reconnaît pas la tumeur blanche syphilitique. Il admet cependant que dans une certaine mesure la syphilis est susceptible de modifier les caractères d'une tumeur blanche tuberculeuse.

Les observations de Richet paraissent très douteuses à Panas qui les critique vivement. Lancereaux

(1863) fit, le premier, connaître les résultats d'une autopsie au sujet des lésions de la syphilis articulaire tardive. Fournier étudie les manifestations articulaires de la syphilis à sa période secondaire, il les divise en simples douleurs (arthralgies) et en fluxion articulaire subaiguë avec ou sans épanchement (arthrite subaiguë, hydarthrose); ainsi il crée le terme de *pseudo-rhumatisme syphilitique*.

Vaffier parle du *rhumatisme syphilitique*. Voisin et Dauzat (1875) soutiennent les idées de Richet. Plateau (1877) étudie dans sa thèse les épanchements articulaires syphilitiques. Bouilly (1878) fait le diagnostic différentiel des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques. Gaucher (1879) décrit les lésions des épiphyses dans les arthropathies tertiaires. Dureuil (1880) publie sa thèse sur les pseudo-tumeurs blanches syphilitiques. Méricamp (deuxième autopsie en France) et Defontaine (1882) font un travail documenté de la question. Fournier (1887) re-parle du pseudo-rhumatisme de la période secondaire. Danjou (1887), Manino (1888), Rolland (1888), Metayer (1904), Debonnesset (1906), etc., étudient les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire. Mauriac (1890), Duplay (1893), Kirmisson (1897), Fouquet, Fournier, Gaucher, Sergent, etc., décrivent les diverses formes de la syphilis articulaire.

Puis paraissent successivement un grand nombre de travaux et thèses avec des études de plus en plus détaillées.

Sergent, dans son livre intéressant : « Syphilis et

tuberculose », émet l'hypothèse de la possibilité de l'existence des arthropathies mixtes syphilo-tuberculeuses.

Citons les travaux lyonnais : de Mollière (1879) parle de l'arthrite syphilitique ; Gangolphe (1885) en fait l'anatomie pathologique ; Audry (1888) décrit des arthralgies rebelles ; Albertin (1894) observe un cas de syphilome para-articulaire de l'humérus ; M. Nicolas (1905) décrit deux cas de syphilis héréditaire simulant des adénites et des arthrites scrofulo-tuberculeuses. En 1908, M. Gayet observe une dystrophie osseuse d'origine hérédo-syphilitique. En 1909 et 1910, M. Nicolas publie successivement un cas de dactylite syphilitique et un autre cas de syphilis scrofuloïde cutanée à détermination articulaire. MM. Mollard et Favre (1910) mentionnent une artéo-arthrite syphilitique. Canestro (1910) fait l'étude diagnostique sur la syphilis articulaire.

En 1912, M. Bonnet signale un cas d'arthrite syphilitique du coude avec fistulisation et lésions osseuses.

Citons enfin les thèses lyonnaises : Perrogon (1893), Marin Saint-Pierre (1900), Rochard (1909).

A l'étranger, de nombreux travaux s'occupent des manifestations articulaires de la syphilis : En Allemagne : Knaak (1879), Koch (1879), Gies (1881), le premier qui fit l'examen microscopique, Gütterbock (1883), Landerer (1884), Virchow (1884), Zesas (1886), Middeldorf (1886), Basre (1897 et 1906), Schuchardt (1899), Weisz (1904), Holländer (1906), Wollenberg (1909), etc. ; en Angleterre : Coulson (1858, Dres-

chfeld (1881), Clutton (1886), Hutchinson (1888), Fowler (1888), Mackenzie (1888), Bowlby (1891), Dunlop (1904), etc. ; en Russie : Kitajewsky (1882), Monastirsky (1883), Wéliaminoff (1886), Trinkler (1890), Awstidisky (1890), Priklonsky (1892), Falkenberg (1892), Gué (1892), Zérénine (1892), Jastreboff (1894), Dérujinsky (1895), N. N. Mikhaïloff (1901), Diterichs (1901), Wéliaminoff (1903), Frolov (1905), etc.

En 1910, pour la première fois, M. le professeur Wéliaminoff étudie, dans son volumineux ouvrage, remarquablement documenté et intitulé : « *Syphilis articulaire* », les formes mixtes des arthropathies syphilitiques.

CHAPITRE III

Manifestations articulaires de la syphilis acquise et héréditaire.

Nous ne ferons que rappeler très brièvement les notions qui sont bien connues et admises par tous.

La syphilis atteint les articulations à ses périodes secondaire et tertiaire ; elle détermine aussi des manifestations articulaires chez les enfants des syphilitiques.

D'où il résulte la division suivante :

- 1° Syphilis articulaire secondaire,
- 2° Syphilis articulaire tertiaire,
- 3° Syphilis articulaire héréditaire.

1° Syphilis articulaire secondaire.

Ce sont des manifestations fugaces qui disparaissent sans trace. Au contraire, la syphilis tertiaire

est organisatrice ou destructive. « La syphilis lèche les articulations à sa période secondaire, elle mord à sa période tertiaire ». (Fouquet).

On distingue trois formes de la syphilis articulaire secondaire :

a) *Arthralgies*.

b) *Pseudo-rhumatisme syphilitique* (Fournier).

c) *Hydarthrose*.

a) ARTHRALGIES. — Ces arthralgies sont assez fréquentes, on les observe dans 1/15 des cas (Voisin), mais souvent elles sont si atténuées qu'elles passent inaperçues du malade. Extrêmement précoces, elles peuvent accompagner les premières manifestations de la syphilis secondaire, ou même les précéder. Et même encore, plus précoces, elles peuvent faire partie de l'incubation avant l'apparition du chancre.

Toutes les articulations peuvent en être le siège, mais le plus souvent ce sont les grandes articulations qui sont atteintes et par ordre de fréquence décroissante : l'épaule, le genou, le poignet, le coude et la tibio-tarsienne. Il n'est pas rare aussi que plusieurs articulations soient prises simultanément.

Symptômes. — Ces arthralgies sont uniquement subjectives ; c'est la *courbature syphilitique* (Melchior Robert). Le malade est las, ses membres sont engourdis. Les arthralgies présentent trois caractères particuliers, ce sont : absence de phénomènes objectifs (rougeur, tuméfaction), exacerbation nocturne et atténuation par les mouvements.

Non traitées, les arthralgies syphilitiques sont assez

tenaces, elles peuvent durer plusieurs mois avec rémission et recrudescence ; mais, sous l'influence du traitement, « elles s'évanouissent comme par enchantement » (Fournier).

b) PSEUDO-RHUMATISME SYPHILITIQUE. — Le pseudo-rhumatisme syphilitique peut accompagner ou suivre immédiatement la roséole ; par conséquent c'est un accident précoce.

Symptômes. — Généralement c'est au cours de la roséole que se développe le rhumatisme syphilitique. Plusieurs articulations, petites et grandes, comme dans le rhumatisme franc aigu, peuvent être atteintes. Au début, il y a un peu de gonflement. La peau est de coloration normale ou légèrement rosée. Quelquefois la *fluxion est mobile* comme dans le rhumatisme ordinaire ; souvent aussi, comme dans le rhumatisme blennorrhagique, elle est susceptible de se fixer sur une jointure et de s'y localiser. La mobilité articulaire est indolore, le malade peut se promener avec ses articulations gonflées. C'est un rhumatisme ambulateur. Il n'y a pas d'atrophie musculaire notable. L'état général n'est pas altéré, et la température reste normale.

Comme les arthralgies, le pseudo-rhumatisme disparaît spontanément au bout de plusieurs semaines ou mois ; il cède rapidement au traitement spécifique.

c) HYDARTHROSE. — Pour Fournier l'hydarthrose est plus rare que l'arthralgie. Morestin la croit fréquente, et il pense qu'elle est souvent méconnue. La date d'apparition est très variable : 2 jours après

le chancre (Gerin Roze), au cours de la 3^e semaine (Voisin). Si bien que Defontaine décrit deux hydarthroses : l'une précoce, l'autre tardive. Fouquet n'admet pas cette dernière variété, qu'il rattache aux lésions gommeuses tertiaires.

L'hydarthrose apparaît le plus souvent au genou, puis au coude, à la tibio-tarsienne. Elle est généralement unilatérale.

La nature syphilitique de l'hydarthrose sera basée sur raisons d'ordre clinique : coexistence d'accidents syphilitiques indépendamment de toute autre infection, influence du traitement. On n'a pas encore décelé le tréponéma dans le liquide articulaire.

Symptômes. — Le début est insidieux, le malade devient moins apte pour la marche ; puis insensiblement la région augmente de volume ; l'articulation change de configuration par effacement des dépressions ; la peau conserve son aspect normal ; les muscles ne s'atrophient pas. La durée dépend du moment où le traitement a été appliqué : 7 mois (Dentes), 2 ans (Bronce). Cette hydarthrose cède rapidement au traitement spécifique, les récidives s'observent quelquefois.

Diagnostic. — Le diagnostic reposera sur la coexistence des accidents syphilitiques et l'influence du traitement. Les accidents secondaires (roséole, plaques muqueuses, adénopathie, alopecie, etc.) coexistent presque constamment.

Les arthralgies se voient dans le rhumatisme tuberculeux de Poncet, la blennorrhagie, la tuberculose, la fièvre typhoïde, la variole, la scarlatine, l'urémie

l'alcoolisme, etc. Dans tous ces cas l'étiologie tranche la question.

L'hydarthrose traumatique est rare, c'est presque toujours de l'hémarthrose ; mais il ne faut pas se contenter de l'anamnèse, car le traumatisme peut localiser la syphilis ; l'hydarthrose blennorrhagique, indépendamment d'un écoulement urétral coexistant, est plus tenace, plus douloureuse ; l'hydarthrose tuberculeuse se différencie difficilement de l'hydarthrose syphilitique ; dans ce cas, les antécédents, l'existence fréquente des points osseux douloureux, les différentes réactions humorales aideront pour faire le diagnostic.

Le pseudo-rhumatisme syphilitique se distingue facilement du rhumatisme vulgaire. Nous voulons rappeler à cet effet le tableau de Fournier :

RHUMATISME VULGAIRE

I. Polyarticulaire, affectant un grand nombre de jointures.

II. Généralement mobile.

III. Affecte également grandes et petites articulations.

IV. Fièvre plus ou moins vive.

V. Troubles sympathiques multiples plus ou moins accentués.

VI. Sudation fréquente.

VII. Modifications des urines : chargées, rouges.

RHUMATISME SYPHILITIQUE

I. Une ou 2 jointures, rarement 3, très exceptionnellement plusieurs, ne se généralise jamais, en tout cas, à la façon du rhumatisme vulgaire.

II. Localisation fixe. Nulle tendance au déplacement, à la mobilité.

III. Exclusivement les grandes (genou de préférence) et respecte les petites.

IV. Pas de fièvre en général.

V. Pas ou peu.

VI. Pas de sudation.

VII. Pas de modification notable.

RHUMATISME VULGAIRE

VIII. Tendance à retentir sur le cœur.

IX.

X.

XI. Etiologie : prédisposition, soit héréditaire, soit acquise, aux accidents rhumatismaux ; quelquefois, cause provocatrice actuelle : action de l'humidité ou du froid.

XII.

RHUMATISME SYPHILITIQUE

VIII. Pas de retentissement cardiaque.

IX. Exacerbation parfois nocturne des douleurs presque caractéristiques.

X. Invasion au cours d'une étape déterminée de l'infection, savoir : période secondaire. Puis : 1° Antécédent de syphilis récente ; 2° Coïncidence très habituelle de symptômes d'ordre secondaire, syphilides, etc.

XI.

XII. Critérium thérapeutique.

Traitement. — Doit être mixte ; l'usage exclusif de l'iodure de potassium ou du mercure donne des résultats beaucoup moins rapides.

OBSERVATION I

*Due à l'obligeance de M. le professeur Roque.
(Recueillie par M. Devic, interne des hôpitaux).*

Rhumatisme syphilitique.

N. J., âgé de 31 ans, tailleur, entre le 16 janvier 1914, salle Ste-Elisabeth, n°49. Se plaint de douleurs articulaires datant de 4 mois. Parents vivants, âgés de 60 et 67 ans, 2 frères et une sœur vivants ; 2 ou 3 morts en bas-âge d'affection inconnue. Bonne santé antérieure, à part la blennorragie il y a quatre ans.

Il y a 4 mois 1/2, chancre induré du gland suivi, il y a 2 mois, d'accidents secondaires. Le traitement a consisté

d'abord en 20 pilules de bi-iodure, en 4 piqûres d'huile grise et enfin 18 piqûres de bi-iodure qui se sont accompagnées d'une violente diarrhée. Peu après le début des accidents spécifiques débutaient les douleurs qui amènent le malade à l'hôpital. Il ne peut pas préciser le rapport chronologique exact entre le chancre et les douleurs. Tout d'abord les douleurs siégeaient au niveau des articulations sternales, puis au niveau des autres articulations et surtout au genou et au coude droit.

A l'entrée. — Malade robuste, quoique maigre. Il accuse des douleurs : 1) dans le genou droit, mais uniquement lorsqu'il marche, et surtout quand il monte ou descend un escalier ; 2) dans le coude droit. Mouvements douloureux quand le malade veut élever le bras sur le côté ; 3) dans les deux épaules.

Les articulations sont douloureuses, il n'y a pas de modification objective, pas de gonflement, pas de rougeur de la peau. Ganglions nombreux, mobiles, durs, indolores, en paquet dans les plis inguinaux ; ganglions épitrochléens très nets. Il ne persiste pas de cicatrice de chancre sur la verge. Rien aux poumons, ni au cœur. Système nerveux normal. Température 37°2.

Séro-diagnostic + 5 + 10 + 15.

Dans les crachats pas de bacilles de Koch.

On le soumet au traitement spécifique mixte et au bout de 13 jours le malade sort complètement rétabli.

2° Syphilis articulaire tertiaire

Fouquet distingue deux formes :

1) *Ostéo-chondro-arthropathie* ou *pseudo-tumeur blanche* de Fournier, « chondro-arthritisme » des auteurs allemands.

2) *Périsynovite gommeuse*, bien décrite par Lance-reaux.

La 3^e variété de Méricamp, l'arthropathie déformante ou pseudo-rhumatisme déformant, est particulière à l'hérédo-syphilis. On la décrit généralement avec les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire.

1) *Pseudo-tumeur blanche de Fournier*. — Sur un total de 5.000 sujets syphilitiques, le professeur Fournier a observé 30 cas de pseudo-tumeurs blanches ; parmi les auteurs russes, le professeur Gué, sur 2.262 syphilitiques, en a rencontrés 97 ; le professeur Wéliaminoff, en 25 ans de sa pratique chirurgicale, en donne un chiffre respectable de 800 cas environ.

La pseudo-tumeur blanche apparaît de 5 à 37 ans après le chancre, le plus souvent de 8 à 20^e année. Le siège est le genou dans 3/5 des cas.

Symptômes. — Le début est lent, insidieux, progressif, sans élévation de température. Elle passe par 3 périodes : a) période d'ostéite ; b) période d'hyperostose, et c) période d'épanchement.

a) *Période d'ostéite*. — La douleur est le symptôme principal de cette période ; elle est spontanée, nocturne, souvent seulement provoquée par la pression en des points déterminés : au coude, à l'épicondyle, ou à l'épitrôchlée ; aux genoux, aux condyles fémoraux ou têtes tibiales.

b) *Période d'hyperostose*. — Elle est indiquée par l'augmentation du volume de l'articulation produite insidieusement. L'os est régulièrement épaissi sans inégalité. Parfois l'hyperostose se communique dans la diaphyse. La synoviale est libre, en aucun cas on

ne perçoit de fongosités. Les téguments ne sont pas modifiés. La marche n'est pas encore troublée.

c) Période d'épanchement. — L'hydarthrose s'ajoute à l'hyperostose (pseudo-tumeur blanche). Dans le cas du genou, l'articulation devient globuleuse ; le cul-de-sac sous-tricipital est très distendu ; la cuisse et la jambe paraissent très amincies ; la peau est amincie par la distension provoquée par l'exsudat, on y voit se dessiner le réseau veineux ; le choc rotulien est nettement perceptible ; la synoviale est épaissie par places dans les cas anciens (plaques de blindage) ; on peut même sentir des corps étrangers articulaires, mais il n'y a jamais de fongosités.

Le membre prend rarement une position vicieuse, car l'épanchement est peu abondant ; la limitation des mouvements n'est pas très marquée ; l'ankylose ne se produit pas ; enfin l'adénopathie fait défaut.

Evolution. — Non traitée, la pseudo-tumeur blanche n'a aucune tendance à la guérison spontanée.

Complications. — Les complications peuvent survenir. L'ankylose, admise par Voisin, est niée par Defontaine. La déformation persistante, due à l'ostéite condensante, est fréquente. La fracture spontanée est rare, elle survient surtout à la clavicule.

La complication la plus grave, c'est l'ouverture d'une gomme épiphysaire dans l'articulation, d'où un épanchement purulent et une fistule au dehors.

Périsynovite gommeuse. — C'est la fibro-synovite de Fournier. On la considère comme une rareté et apparaît plutôt que la précédente, de 5 à 8 ans après le chancre initial. Son siège de prédilection est le

genou, puis viennent le coude, le poignet, la tibio-tarsienne. C'est une affection généralement mono-articulaire.

Symptômes. — Le début est insidieux. Le genou est gros, peu douloureux. A la palpation on a la sensation d'inégalité de consistance de la synoviale qui, souple en certains endroits, est épaissie en d'autres « cartonneuse » comme si la synoviale était doublée d'un blindage pseudo-membraneuse, ferme et résistante » (Fournier).

Il n'y a pas de fongosités. La douleur fait absolument défaut. Cette forme d'arthropathie syphilitique paraît plus rebelle au traitement que les autres ; elle peut se compliquer de craquements, de corps étrangers articulaires, de pyarthrose, d'ankylose.

Diagnostic. — On s'appuiera sur les points suivants : commémoratifs, recherche des stigmates, réactions biologiques, influence du traitement. On a deux symptômes principaux, à savoir : l'absence de douleur et la sensation du blindage.

La pseudo-tumeur blanche est d'un diagnostic plus délicat. Ce diagnostic doit être fait aux trois périodes de la maladie.

A la première période, le symptôme essentiel c'est la douleur, surtout nocturne. Ainsi on pourrait éliminer les périostites, les ostéo-périostites, les ostéomyélites.

A la période d'hyperostose, le diagnostic doit se poser avec les différentes affections s'accompagnant d'hypertrophies osseuses. Les périostoses tuberculeuses, blennorrhagiques, rhumatismales sont très

douloureuses et s'accompagnent de rougeur et de chaleur des téguments.

L'ostéo-sarcome en diffère par son évolution rapide, accompagnée de dilatation vasculaire notable et l'hypertrophie est exclusivement limitée à un seul os. La consistance est inégale, l'os est dur ou mou selon les points et enfin à la radiographie l'ostéo-sarcome se caractérise par sa transparence, tandis que la syphilis donne des images d'hyperostose périostée (Broca).

Dans la maladie de Paget, les os longs sont incurvés, le crâne est augmenté de volume.

L'ostéo-arthropathie hypertrophiante est contemporaine avec une affection pulmonaire chronique, et, de plus, elle est symétrique, siège au poignets, aux mains.

L'arthropathie tabétique offre certaines difficultés diagnostiques, car il n'est pas rare de l'observer chez les syphilitiques et la voir s'accompagner souvent de déterminations osseuses syphilitiques. L'arthropathie tabétique est généralement volumineuse avec une hydarthrose abondante. Le liquide de cette hydarthrose est rosée. Cette coloration est due à l'abondance des hématies exsudées au cours de phénomènes vaso-moteurs et diapédétiques qui ont présidé au développement de l'arthropathie. Le symptôme le plus distinctif, c'est l'indolence absolue de l'articulation, malgré l'énormité de ces lésions. La pression ne provoque aucune douleur en aucun point. Les douleurs ne se produisent que spontanément, d'une manière paroxystique, à l'instar des

douleurs fulgurantes. La radiographie montre la disparition de l'interligne articulaire, la confusion des divers os dont on ne peut plus distinguer les contours, etc...

Pour le diagnostic de la pseudo-tumeur blanche syphilitique avec la tumeur blanche tuberculeuse, nous reproduisons le tableau de Fouquet qui établit les principaux caractères différentiels. Ajoutons que ce tableau convient pour les cas tout à fait typiques ; les intermédiaires se rencontrent souvent et le diagnostic devient de plus en plus difficile.

**Tumeur blanche
tuberculeuse**

**Pseudo-tumeur blanche
syphilitique**

SIGNES PHYSIQUES

Réseau veineux plus marqué.	Réseau veineux moins marqué.
Gonflement de consistance inégale.	Gonflement osseux dur.
Empâtement fongueux.	Pas de fongosités.
Fausse fluctuation.	Fluctuation rare.
Orifices de fistules fréquents.	Orifices rares.
Adénopathie de règle.	Adénopathie rare.
Contractures. Attitudes vicieuses.	Ni contracture ni attitudes vicieuses.

SIGNES FONCTIONNELS

Mouvements limités, douloureux.	Mouvements conservés ou gênés seulement par épanchement.
Douleurs spontanées violentes.	Douleurs peu marquées et surtout nocturnes.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX

Etat général très mauvais.	Etat général assez bon.
Coexistence de lésions tuberculeuses pulmonaires ou laryngées.	Coexistence de lésions syphilitiques.
Température à grande oscillation.	Température normale.
Marche chronique, non influencée par traitement spécifique.	Marche rapide sous l'influence du mercure.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Synoviale très malade. Fongosités.	Synoviale épaissie. Pas de fongosités.
Liquide purulent.	Liquide clair.
Séquestres osseux fréquents.	Séquestres osseux rares.
Fusées purulentes dans les diaphyses.	Lésions localisées aux diaphyses.

Ajoutons (Fouquet)

EPREUVES DE LABORATOIRE

Séro-diagnostic et autres.	Réaction Wassermann et ses dérivés.
----------------------------	-------------------------------------

Le *pronostic* est plus sévère que pour les arthropathies de la période secondaire. La guérison est lente et incomplète.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — a) *Pseudo-tumeur blanche*. — Gangolphe divise l'évolution anatomique en 3 périodes.

Dans la première période une gomme se développe dans l'épiphyse d'un os long ou à la région juxta-épiphysaire. Sur la coupe on voit un noyau d'aspect gélatineux avec de petits points jaunâtres, caséeux

au centre, rose à la périphérie. Le tissu osseux est renflé autour de la gomme, puis il y a une barrière ostéo-fibreuse. Mais cette gomme peut éroder le cartilage et gagner dans l'articulation.

Dans la deuxième période, la synoviale irritée réagit et il se forme une hydarthrose.

Dans la troisième période survient la guérison par ostéite condensante.

Les lésions consistent en lésions osseuses, cartilagineuses (opacité du cartilage), synoviales.

ETUDE DES LÉSIONS. — 1. *Lésions osseuses.* — La gomme en creusant, détruit le tissu osseux qui est devenu friable par ostéite rongeante. L'épiphyse se creuse quelquefois de plusieurs canaux, ce qui compromet sa solidité. Le canal médullaire se dilate, on y trouve une matière pulpeuse jaune d'or. Le tissu spongieux commence à disparaître.

2. *Lésions cartilagineuses.* — Le cartilage perd sa coloration bleuâtre pour devenir opaque et puis jaune grisâtre. Quelquefois on y voit des érosions en coup d'ongle, en coup de gouge (Bowlby), ou de véritables ulcérations qui forment des tunnels épiphysaires. Ces ulcérations, enguérissant, laissent une cicatrice étoilée qui a été comparée, par Méricamp, à l'aspect des foies atteints de cirrhose atrophique. Les auteurs allemands décrivent un état villeux du cartilage. Au microscope les villosités apparaissent, formées par un stroma hyalin dans lequel se trouvent des fibrilles groupées en faisceaux et des cellules cartilagineuses plus ou moins déformées.

3. *Lésions synoviales.* — La synoviale est épaïs-

sie, rouge, finement vascularisée. Le liquide secrété est clair, jaune, parfois il est épais et louche.

3° Syphilis articulaire héréditaire.

Les manifestations articulaires s'observent aussi bien dans la syphilis héréditaire précoce que dans la syphilis héréditaire tardive.

Ces arthropathies sont connues depuis longtemps, elles ont été bien étudiées en Allemagne, en Angleterre et en France. Elles se présentent sous plusieurs formes et on en décrit plusieurs variétés. Les auteurs allemands distinguent trois formes : aiguë, subaiguë et chronique. Les auteurs français, avec Kirmisson et Jacobson n'admettent que la forme chronique. Fouquet divise cette dernière en :

a) *Ostéo-chondro-arthropathie* qui s'accompagne d'un épanchement et qui simule la tumeur blanche (pseudo-tumeur blanche).

b) *Ostéo-arthropathie sèche*, caractérisée par les déformations osseuses (arthropathie déformante).

a) PSEUDO-TUMEUR BLANCHE OU OSTÉO-CHONDRO-ARTHROPATHIE. — Assez fréquente. Gütterbock admet un cas sur 300 hérédo-syphilitiques âgés de moins de 5 ans. Elle apparait aux différents âges : onze jours (Kirmisson et Jacobson) ; deux mois (Heubner) ; vingt ans (Bowlby) ; vingt-sept ans (Lorenzo, Mannino). Mais l'âge le plus fréquent serait de huit à treize ans (Milian).

Le genou est le siège de prédilection ; puis

viennent le coude, la hanche, l'articulation tibio-tarsienne.

Fréquemment les deux genoux peuvent être pris simultanément.

Symptômes. — Le début est insidieux, lent, absolument indolent. La *claudication* est le premier symptôme qui apparaît ; elle est due à la déformation qui résulte de l'hyperostose épiphysaire, l'épaississement de la synoviale et l'hydarthrose peu abondante. Le liquide de l'épanchement est séreux, clair et visqueux. La synoviale est épaissie totalement ou, le plus souvent, présente des plaques de blindage. Il n'y a pas de fongosités. L'articulation est globuleuse ; la peau sillonnée de veinosités (circulation complémentaire). L'adénopathie fait défaut ; il n'y a pas de contraction, de position vicieuse.

Diagnostic. — On ne confondra pas la pseudotumeur blanche avec l'*ostéomyélite des nourrissons*, qui a une évolution aiguë, fébrile et se termine par la suppuration. La *maladie de Parrot* est reconnaissable par la mobilité anormale et la crépitation.

b) *Ostéo-arthropathies déformantes.* — Elles sont très rares, Méricamp, les décrivant dans sa thèse, n'en cite que 2 cas. Elles apparaissent entre 7 et 28 ans. Lannelongue les a observées chez un enfant de 2 mois.

Le siège est le coude et le genou.

Symptômes. — L'élément essentiel est l'hyperostose. Cette hyperostose se constitue lentement, elle se fait au milieu de l'épiphyse qu'elle déforme. « Cette déformation, écrit Fournier, est d'autant

plus frappante qu'elle est irrégulière, étrange, bizarre, parfois même extraordinaire. Ce n'est plus une hyperostose massive, qui, dans son irrégularité morbide, conserve cependant une certaine régularité de configuration générale, mais bien une sorte de végétation qui bourgeonne à l'aventure, en donnant naissance à des saillies, des mamelons, des apophyses osseuses, dont la situation, le volume et la forme sont susceptibles de toutes les bizarreries possibles. De là, naturellement, des anomalies d'aspect ; des originalités et même des excentricités de configuration qui constituent le caractère dominant de cette variété ».

« Ces ostéophytes peuvent constituer des obstacles à l'exercice des mouvements. D'autre part, ils ne laissent pas de réagir sur la synoviale, les cartilages, les ligaments, et de créer des lésions secondaires dont l'anatomie pathologique est encore indéterminée » (Fournier).

L'évolution est lente, la régression lente et paresseuse sous l'influence du traitement.

Diagnostic. — Les hyperostoses ostéogénétiques de la *croissance* ne s'accompagnent pas souvent de douleurs ; elles ne gênent pas les mouvements.

Le *rhumatisme chronique* déformant atteint les individus âgés ; le siège de prédilection est la main ; les déformations sont caractéristiques.

Le *rhumatisme tuberculeux déformant* se montre rarement avant vingt ans ; les douleurs sont plus vives, les articulations distendues, les parties molles

tuméfiées; à la palpation on a la sensation de grains riziformes.

Traitement : il doit être mixte.

OBSERVATION II

Ostéo-arthropathie syphilitique de l'épaule et du coude gauches, in thèse Fouquet, 1905, p. 79. (Résumée).

M. . . , 45 ans, mécanicien-dentiste, entre dans le service du docteur Danlos, à l'hôpital St-Louis, le 19 mai 1905.

Jamais été malade. Pas de signe de tuberculose. Marié, pas d'enfant. Sa femme n'a eu aucune fausse couche.

Il y a 19 ans, un chancre induré à la verge, soigné 1 mois par sirop de Gibert. Roséole passée inaperçue du malade, mais à différentes reprises plaques muqueuses. Il a pris de l'iodure de potassium souvent et à fortes doses.

L'affection date de 1892 ; à ce moment douleurs nocturnes assez vives dans l'épaule et le bras gauches. 1897, douleurs de même nature dans le cou (torticolis). Depuis quelques mois les douleurs reparues à l'épaule et au cou, elles ont envahi le coude gauche jusqu'alors indemne. Celui-ci a augmenté de volume, ce qui a décidé le malade à venir à l'hôpital St-Louis.

Etat actuel. — La tête du malade est fortement inclinée sur l'épaule gauche et immobilisée. Il y a ankylose des premières vertèbres cervicales ayant succédé à une arthropathie dans des articulations unissant entre elles ces vertèbres. La nuque est volumineuse. Empâtement dur, ligneux, empêchant la palpation des apophyses épineuses. La peau de cette région porte de nombreuses pointes de feu qui y ont été pratiquées dans un but thérapeutique. L'examen du pharynx ne donne aucun renseignement, aucune saillie en avant de la colonne vertébrale.

La clavicule droite est déformée ; à sa partie moyenne

deux saillies (hyperostoses), chacune le volume d'une noix. L'une fait saillie comblant en partie la dépression susclaviculaire, l'autre en bas vers les côtes. Au niveau de l'hyperostose la plus interne, une cicatrice déprimée qui répond à la cicatrisation d'une gomme osseuse ouverte il y a 5 ou 6 mois.

Pas d'hyperostose sur la clavicule gauche, mais une cicatrice d'une gomme ouverte à la même époque. Toutes les deux guéries par K I. Au niveau du 1/3 interne de la 3^{me} côte gauche une hyperostose dure, peu douloureuse. Une semblable sur le sternum au-dessous de la fourchette sternale. A l'omoplate, deux saillies osseuses, semblables à l'extrémité interne de l'épine et à l'angle inférieur ; elles ne sont pas visibles, mais on les sent facilement à la main, palpation assez douloureuse.

Enfin, il existe deux arthropathies tertiaires : l'une, ancienne, à l'épaule gauche ; l'autre, récente, au coude du même côté.

Epaule gauche. — L'arthropathie, dans cette région, a débuté il y a une douzaine d'années. D'abord douleurs, limitation dans les mouvements, puis atrophie des muscles de l'épaule. Tête humérale augmentée de volume en masse et présente en outre plusieurs points très sensibles, particulièrement les tubérosités de la tête humérale. Pas d'épanchement dans l'articulation. Mouvements très limités, surtout mouvements d'élévation. Faiblesse particulière du bras gauche.

Coude gauche. — Il n'est envahi que depuis quelques mois. Quelques douleurs nocturnes à l'occasion des mouvements et limitation progressive de ces mouvements : tels furent les premiers symptômes qui attirèrent l'attention du malade.

Actuellement, coude considérablement augmenté de volume, il est globuleux. Ce coude semble être le siège d'une tumeur blanche ; ni coloration, ni chaleur anormale des téguments ; demi-flexion ; saillie olécraniennne remplacée par gonflement général, arrondi. A la palpation, toute l'extrémité inférieure de l'humérus augmentée de volume. Il en est de même du cubitus. Radius indemne.

Sur l'humérus, au niveau de l'épitrôchlée, une saillie osseuse douloureuse à la palpation. Saillie épicondylienne aussi augmentée de volume, et douloureuse. Mouvements de pronation et de supination conservés, flexion et extension très limitées et sensibles.

Tête. — On y trouve une saillie arrondie du volume d'une amande. A la palpation, qui est douloureuse, sensation d'une collection pâteuse ; c'est une gomme ramollie. Le malade n'a que très peu de cheveux, disposés en îlots séparés les uns des autres par espaces glabres, d'aspect cicatriciel très net. Le diagnostic de pseudo-pelade de Brocq, par M. Xanlas.

Enfin, il existe une atrophie marquée du testicule gauche, datant de 12 ans. Rien au palais, aux yeux, ni aux principaux viscères. Urines normales.

Le malade est soumis au traitement mercuriel ; on y ajoute 2 grammes d'iodure par jour ; aucun traitement local.

1^{er} juin. — Malade très amélioré. Douleurs spontanées presque disparues et le malade a retrouvé le sommeil. Le coude moins volumineux, les mouvements plus libres. Liquide diminué.

5 juin. — Malade sort, presque plus d'épanchement dans le coude. Mouvements restent encore un peu limités. Gomme frontale diminuée notablement. Mais lésion osseuse du coude et l'atrophie musculaire y restent stationnaires.

OBSERVATION III

Docteur Vivier. — Note sur un cas de pseudo-tumeur blanche syphilitique. — An. de Derm. et de Syph., n° 12, 1907, p. 892.

Malade 42 ans, entré à l'hôpital en février 1905, pour une tumeur blanche du genou. Après l'examen minutieux (ponction exploratrice), on conclut à la nécessité d'amputa-

tion de la cuisse et l'on prévient le malade de cette détermination.

Mais ce dernier refusa et il allait quitter l'hôpital quand le chef de service, encouragé par quelques cas heureux de tuberculose articulaire que j'avais guéris sous ses yeux par la méthode conservatrice, me demanda d'examiner le genou malade et de voir si je pouvais l'améliorer par traitement conservateur.

Le malade est très amaigri, visage creux et pâle, fatigué par les douleurs persistantes. Le genou droit est dans un état lamentable : très volumineux, demi-fléchi, le tibia en subluxation postérieure offrait l'aspect typique d'une tumeur blanche à la période de luxation. Les culs de sac sont distendus par un épanchement moyen ; la synoviale est épaissie dans son ensemble, présentait des parties plus dures et d'autres plus molles ; en particulier, de chaque côté du tendon rotulien, sensation typique de fongosité articulaire.

Cependant, le volume anormal de l'articulation était dû surtout à la tuméfaction des condyles du fémur, dont l'interne, en particulier, était notablement augmenté de volume.

Le tibia subluxé en arrière était aussi légèrement déjeté en dehors. La flexion ne dépassait pas l'angle droit, l'extension était impossible au-delà d'un angle fortement obtus en raison de la subluxation du tibia et de la rétraction très marquée des muscles postérieurs de la cuisse ; enfin il existait des mouvements de latéralité très étendus témoignant de l'usure des ligaments latéraux.

Le genou est douloureux spontanément, au toucher et pendant la marche. Les douleurs sont calmées par repos, pas d'exacerbations nocturnes. Le condyle interne est douloureux au toucher, particulièrement aux points d'insertion des ligaments.

Cette tumeur blanche a évolué rapidement : depuis deux ans, mauvais état général, le malade se fatigue vite ; manque d'appétit, amaigrissement notable.

En octobre 1904, apparition de douleurs dans le genou droit et bientôt suivie d'augmentation de volume. Le malade

posa un vésicatoire qui le soulagea, un deuxième qui ne fit pas grand'chose. On lui mit un silicate qui ne l'améliora pas du tout ; il fut enfin forcé d'entrer à l'hôpital par l'accroissement des douleurs et l'impossibilité absolue de marcher.

C'était la première fois qu'il était obligé de s'aliter, ayant joui jusque-là d'une santé robuste. Père et mère bien portants, de même ses 2 frères.

Outre la lésion articulaire le malade présentait au niveau du frontal droit, une petite collection fluctuante, du volume d'une noisette, dont l'origine osseuse était facile à reconnaître par l'existence d'un point douloureux net ; à ce niveau, il y avait une dépression de la table externe. Cet abcès était survenu sans douleur appréciable un ou deux mois avant l'affection articulaire.

Diagnostic. — Tumeur blanche. Traitement conservateur, redressement du genou et appareil plâtré. Par la fenêtre pratiquée à la face antérieure du genou, je lui fis une série de dix injections intra-articulaires d'huile iodoformée et créosotée. Aucun résultat local, l'état général très mauvais commande la suspension du traitement.

Un spécialiste plus autorisé consulté conseille séjour à la mer et injections de naphthol camphré. Ce conseil n'est pas suivi par le malade qui se rend en Normandie et se fait faire des massages dirigés contre la « rétraction des nerfs du creux du jarret », qui, à son idée, constituait toute la maladie. Amélioration sensible par ce traitement, disparition des douleurs spontanées, mais la marche était toujours pénible et, par suite de la laxité des ligaments, la jambe déviait de plus en plus en dehors.

Il revient à Paris (octobre 1905). Je le rencontrai dans la rue et fut surpris de le voir marcher, mal à la vérité, mais d'une allure qui ne cadrerait pas avec la tumeur blanche suppurée et fistuleuse que je lui supposais à cette époque, après un traitement aussi abracadabrants.

Je soupçonnai une erreur de diagnostic : une tumeur blanche ne pouvait avoir été améliorée par des massages et de la mobilisation, et je priai le malade de venir me voir. Il vint un an après.

Examen soigneux à ce moment (octobre 1906).

Le genou est en demi-flexion, le tibia est subluxé en arrière et en dehors.

L'extrémité supérieure du tibia paraît un peu plus volumineuse que du côté sain ; l'extrémité inférieure du fémur très augmentée de volume. La rotule est notablement élargie, 2 cm. plus que celle du côté gauche, dans toutes ses dimensions. La synoviale est uniformément distendue par un tissu mollassé, donnant l'impression de fongosité. Entre le bord interne de la rotule et le condyle interne, on constate un épaississement de la synoviale, gros comme un haricot, simulant corps étranger. Plus haut un épaississement analogue, mais plus large et plus fondu avec la synoviale. Du côté externe une plaque d'induration de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Les extrémités osseuses ne sont pas du tout douloureuses, douleur rien qu'au niveau du premier épaississement synoviale interne ; la flexion est un peu plus de l'angle droit, l'extension est complète, il y a la subluxation. Les mouvements de latéralité sont très marqués (membres de polichinelle).

Le crâne est déformé à la partie antérieure et supérieure de l'os par une exostose large comme la paume de la main, au centre de laquelle il y a une dépression avec une fistule au centre d'où sort un pus jaunâtre et peu épais.

Une deuxième exostose moins large à la partie supérieure et droite de l'occipital. Toutes les deux sont indolores.

A 17 ans, le malade a eu un léger écoulement urétral qui a cédé rapidement aux balsamiques. Il n'a jamais eu d'éruptions, ni maux de tête.

Plus rien de particulier.

Je conclus, d'après les plaques de blindage de la synoviale, l'absence de suppuration au genou, les caractères des exostoses crâniens et, malgré l'absence d'antécédents, à une pseudo-tumeur blanche d'origine spécifique. M. le professeur Gaucher confirma mon diagnostic.

De suite piqûres de benzoate de mercure 0,02^{cc} par jour pendant 15 jours, puis 2 mois de repos.

Diminution des douleurs spontanées, mais le moindre

mouvement les réveille et le malade n'est soulagé que par massages.

Février 1907, deuxième série de piqûres, puis repos.

Avril, série de 32 piqûres, progrès étonnants se manifestent dans la voie de guérison. Diminution progressive du genou, marche plus facile, état excellent. Avant le traitement pesait 42 kg., il en pèse 57 actuellement.

Une autre série de piqûres, 11 octobre 1907.

Etat actuel. — Le genou, de configuration presque normale, complètement étendu. Le condyle interne un peu augmenté de volume, plus large d'un bon centimètre que le sain. En dedans, sensation d'un noyau de consistance cartilagineuse de la largeur d'une pièce de 50 centimes. En dehors, deux noyaux de la grosseur d'un petit pois et d'un haricot. Ces noyaux sont mobiles, quoique inclus dans la capsule articulaire. En bas et en avant, sous le tendon rotulien et de chaque côté, masses mollasses donnant l'impression de fongosités. Pas d'hydarthrose. Plus de mouvements de latéralité. Le genou est aussi serré, aussi solide que le sain. Plus d'exostose frontale, à sa place une cicatrice déprimée. L'exostose occipitale diminue progressivement.

OBSERVATION IV

*Docteurs Mollard et Favre. — Ostéo-arthrite syphilitique.
Lyon Médical, 6 mars 1910, p. 504.*

La malade, âgée de 72 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Pothin pour une bronchite aiguë qui a rapidement guéri. Mais à son entrée, nous avons été vivement frappés par l'aspect particulier de son membre inférieur droit, tuméfié considérablement dans son ensemble, avec saillie notable du cul-de-sac sous-tricipital.

Sans doute, si l'on exerce une pression un peu forte au niveau des extrémités articulaires ou de l'interligne, on détermine un peu de douleur, mais la palpation simple est indolore. Il n'y a et jamais il n'y a eu de douleurs sponta-

nées. La malade a pu toujours marcher. A certains moments, à la suite de marches un peu longues, nécessitées par l'exercice de sa profession (elle est lingère et va travailler à domicile, parfois très loin de chez elle), elle a souffert assez vivement, mais dès qu'elle était assise ou étendue, la douleur disparaissait rapidement. Jamais non plus elle n'a éprouvé de souffrance la nuit.

A l'examen du genou. — Choc rotulien et épaississement de la synoviale articulaire, mais nulle part on ne trouve de fongosités. La peau d'aspect normal, jamais d'inflammation, ni de suppuration.

Il n'y a pas de position vicieuse. L'extension du membre, les mouvements se font bien, seule la flexion forcée est impossible. Pas de mobilité anormale de l'articulation. Il n'y a pas d'adénopathies.

Si l'on cherche à se rendre compte de l'état des extrémités articulaires, on voit tout de suite qu'il existe une hyperostose considérable, non seulement de ces extrémités, mais du fémur et du tibia dans leur ensemble. La radiographie le démontre de la façon la plus évidente en décelant autour du fût des deux os, l'existence d'un manchon périostique large de 5 ou 6 millim.

Enfin, au niveau du tiers inférieur du tibia existe une large tache pigmentaire dans laquelle sont incluses trois étoiles blanches, vestige d'ulcération ayant existé dans cette région il y a quelques années. Le genou gauche, à peu près normal, présente seulement un peu d'arthrite sèche et, de ce côté, les os présentent leurs dimensions ordinaires. Rien à noter du côté des viscères, sauf de l'emphysème pulmonaire. Les signes du tabes font défaut.

Les antécédents de cette malade sont très instructifs. Elle n'a jamais eu ni grossesse, ni fausse-couche. On ne retrouve chez elle aucune trace d'accident syphilitique primitif, ni secondaire. Son mari, mort à 60 ans, après être devenu hémiplégique à 55 ans. Il n'y a pas d'alcoolisme.

A l'âge de 42 ans, la malade entra à l'Hôtel-Dieu, service de M. Faivre, pour deux tuméfactions grosses comme des œufs, siégeant au-dessous de chaque coude.

Elle fut traitée par l'iodure de potassium et rapidement guérie. Depuis, pour tous les malaises qu'elle a éprouvés, elle a été soignée ou s'est soignée elle-même avec le même médicament et toujours avec succès. C'est un fait qu'elle proclame hautement.

Depuis cette époque, elle a souvent éprouvé des douleurs rhumatoïdes de siège varié.

En 1898, c'est-à-dire à l'âge de 50 ans, a été soignée dans le service de Bonnet pour une hémiparésie gauche. L'iodure de potassium la guérit sans laisser de trace.

L'année suivante, elle souffre pendant 4 mois d'une céphalée violente à prédominance nocturne. Elle se soigne toute seule par le même procédé et guérit.

Enfin, elle a fait trois séjours aux Chazeaux, deux en 1904, avec le diagnostic : ulcération de la jambe droite, antécédents syphilitiques très probables, arthrite dystrophique du genou droit ; un en 1905, pour deux ulcères de jambe ayant l'aspect de gommes ouvertes. Inutile de répéter ce qui a trait au traitement.

Les ulcères de la jambe auraient débuté, il y a 12 ans, à la suite de plusieurs traumatismes (coup de boule ou de pierre), et la tuméfaction du genou il y a 8 ans environ. De toutes les manifestations spécifiques offertes successivement par la malade, seule l'arthrite du genou droit n'a guéri radicalement sous l'influence du traitement ioduré, mais elle a été maintes fois améliorée.

OBSERVATION V.

Docteur L.-M. BONNET. — *Arthrite syphilitique du coude avec fistulisation et lésions osseuses secondaires.*

Lyon Médical, 12 janvier 1912, p. 136.

X... 23 ans, contracta la syphilis au régiment en 1903. Il prit des pilules un mois et demi, puis arrêta tout traitement.

Le malade me fut adressé en 1907 par le Docteur Gallois, pour des lésions des os du crâne existant depuis près d'un

an. Sur le crâne et le front une série de dépressions osseuses profondes qui suppuraient ; en outre des signes de lésions des os du nez (coryza avec élimination des séquestres, effondrement du nez).

Un traitement à l'iodure et à l'huile grise amena rapidement la cicatrisation et il quitta le service le 12 août 1907.

Malgré cet avertissement, le malade, d'une indifférence remarquable au sujet de sa santé, ne fit aucun traitement. Tout alla bien pendant deux ans. Mais il y a deux ans commençaient à se développer les lésions du coude qui l'ont ramené récemment à l'hôpital. Pendant ces deux ans le malade a vu son coude gauche devenir tout à fait impotent, sans essayer aucun traitement. Le coude est fistulisé depuis plus d'un an.

Une poussée douloureuse avec œdème, due probablement à de l'infection secondaire, amena donc le malade à l'hôpital le 26 septembre.

On constatait :

1° La cicatrice des lésions osseuses anciennes de la face et du crâne :

2° Des lésions ulcéreuses des jambes ; les lésions du coude gauche.

Celui-ci était très volumineux, les mouvements de flexion et d'extension étaient abolis et on avait simplement de légers mouvements de pronation et de supination. Fistule suppurant abondamment. Radiographie, lésions osseuses considérables. L'extrémité inférieure de l'humérus est détruite presque en totalité. Radius très altéré aussi ; on voit notamment un peu au-dessous de la tête radiale un énorme gonflement au sein duquel se voient des cavernes gommeuses.

J'insiste sur l'indolence presque complète de ces lésions. Il travaillait encore deux jours avant l'entrée. Cette indolence a une réelle valeur diagnostique.

On fit un traitement par l'iodure et des injections de biiodure. L'amélioration fut rapide, le gonflement diminua, quelques mouvements revinrent et la fistule se tarit presque.

Il reçut seize piqûres de biiodure de 0 gr. 02, la dernière

le 30 octobre. Bien qu'il fut déjà très amélioré, on lui fit le 31 une injection intraveineuse de 0,40 centigr. d'arsénobenzol qui eut nettement une action favorable sur le coude et sur l'albuminurie.

Mais 5 jours après (5 novembre) commença à se développer une tuméfaction au niveau du crâne, il nous la signale seulement le 11 : on avait alors une collection fluctuante. On lui donna du sirop de Gibert ; mais elle a cependant augmenté. Il y a en effet une collection donnant l'impression d'un vaste abcès et non d'une gomme.

En réalité il y a bien une gomme du crâne, comme point de départ de cette sorte d'abcès, car les anciennes gommes du crâne s'étaient manifestées de la même manière.

CHAPITRE IV

Arthrites syphilitiques hybrides.

(d'après le professeur Wéliaminoff).

L'étude de ces arthrites syphilitiques hybrides est de date très récente. M. le professeur Wéliaminoff (1910), fut un des premiers à signaler la possibilité de leur existence et à étudier ce nouveau groupe de syphilis articulaire. L'auteur admet les diverses modalités de l'association de l'arthrite syphilitique avec d'autres affections articulaires, telles que la tumeur blanche, le rhumatisme articulaire aigu, les différentes maladies infectieuses à déterminations articulaires (blennorrhagie, scarlatine, etc.), la goutte, le rhumatisme chronique d'origine thyroïdien et l'arthropathie tabétique. Dans chacune de ces combinaisons, l'arthrite syphilitique différerait

du type normal par son évolution clinique et exigeait une thérapeutique spéciale.

Aux arthrites hybrides syphilo-tuberculeuses, nous consacrerons un chapitre à part, que nous appellerons pseudo-tumeurs blanches atypiques. Nous laisserons de côté les formes où la syphilis articulaire peut être associée avec le rhumatisme thyroïdien et l'arthropathie tabétique, la question étant excessivement complexe. Ici nous nous contenterons de reproduire simplement, sous réserve, les idées et les observations du maître sur les autres variétés d'arthropathies syphilitiques mixtes. Nous ne commenterons pas ces faits, leur étude n'étant pas suffisamment approfondie. Nous posons la question, en espérant qu'elle pourra servir de base pour des travaux ultérieurs.

Arthrite syphilitique avec rhumatisme vulgaire et pseudo-rhumatisme infectieux.

L'auteur se pose les questions suivantes :

1) Un malade, au cours d'une arthrite syphilitique, contracte le rhumatisme articulaire aigu ou pseudo-rhumatisme infectieux : ces dernières affections n'auront-elles pas un retentissement sur l'évolution de la première ?

2) Ensuite, un hérédo-syphilitique, qui n'a pas eu de manifestations articulaires, s'infecte de blennorrhagie et il lui survient une arthrite gonococcienne ; ou la scarlatine suivie de déterminations articulaires ;

le problème à résoudre est le suivant : est-ce que ces processus aigus ne pourraient pas faire éclore une arthrite gommeuse dans la même articulation et détermine ainsi une arthrite syphilitique à évolution particulière ne cédant pas à notre thérapeutique habituelle ?

3) Enfin, si l'une ou l'autre de ces affections articulaires aiguës passe à l'état chronique, ou, simplement, laisse après elle un certain « residuum », et si le malade contracte ensuite la syphilis ; dans ce cas, les restes de l'affection articulaire antérieure ne prédisposeraient-ils pas à l'éclosion d'une arthrite syphilitique atypique ? etc.

D'après M. Wéliaminoff, théoriquement on ne pourrait que répondre par l'affirmative à toutes ces questions. Mais seulement, comme il le remarque, à l'heure actuelle, il n'en existe pas d'observations cliniques ; non pas parce qu'il serait impossible de les trouver, mais parce que, jusqu'à présent, l'étude de ces arthropathies compliquées n'aurait pas attiré l'attention. L'auteur lui-même ne dispose presque pas d'observations pour démontrer ses vues théoriques.

Il dit avoir rencontré dans la littérature médicale des faits indiquant l'existence des arthropathies mixtes syphilo-blennorrhagiques qui ont une allure clinique caractéristique et ne cèdent pas toujours au seul traitement antisypilitique. Schuchardt (1889) décrivant un cas d'arthrite gommeuse aiguë du genou se base sur les idées de Schuster d'après lequel quelques arthrites, probablement d'origine gonococcienne

guérissent rapidement par le traitement spécifique, tout en restant réfractaires aux autres agents thérapeutiques.

Dans l'observation de Schuchardt il s'agissait d'une femme de 19 ans, avec une arthrite gommeuse aiguë du genou, température élevée et hydarthrose considérable. Comme on avait trouvé des gonocoques dans les parties génitales, cette arthrite avait été diagnostiquée comme étant de nature blennorrhagique.

L'examen microscopique d'une partie de la synoviale, excisée par l'arthrotomie, avait révélé la présence des gommes miliaires autour des veines et des capillaires. Schuchardt, en se rapportant à l'image microscopique, avait pris cette affection pour une arthrite gommeuse aiguë.

M. Wéliaminoff estime qu'aussi bien dans le cas de Schuster que dans celui de Schuchardt, il s'agissait de formes mixtes, c'est-à-dire d'arthrites gommeuses ayant évolué rapidement sur le terrain d'un rhumatisme blennorrhagique, ce que confirmerait l'examen microscopique dans le cas de Schuchardt et la réussite du traitement spécifique dans celui de Schuster.

Il relate l'histoire d'un malade de 29 ans qui, au cours d'une uréthrite blennorrhagique chronique, il y a 3 ans, contractait la syphilis ; 2 ans 1/2 après l'infection, brusquement il lui survenait une arthrite aiguë dans le coude gauche, accompagnée de fortes douleurs nocturnes. Trois semaines après le traitement par les compresses chaudes, le processus inflam-

matoire du coude disparaissait complètement, 4 ou 5 mois après ; l'arthrite aiguë se renouvelait dans le même coude.

M. Wéliaminoff avait trouvé un processus inflammatoire articulaire assez sérieux, avec une température vespérale atteignant jusqu'à 38°5, peau rouge, chaude, infiltration périarticulaire avec fluctuation dans certains endroits ; épaissement de la capsule et des extrémités osseuses ; le membre très douloureux immobilisé et des douleurs nocturnes intenses.

La radiographie montrait l'épaississement des extrémités osseuses.

L'intradermo-réaction aurait été faiblement positive dans un autre établissement. A la clinique, l'intradermo et ophtalmo réactions étaient toutes les deux négatives ; par contre, la réaction de Wassermann deux fois positive. Ensuite l'auteur analyse cette observation en disant que cette arthrite n'était pas typique pour la syphilis (évolution et périarthrites aiguës, fortes douleurs) et tout ceci avec une température élevée.

En faveur de la syphilis ne plaidaient que les douleurs nocturnes.

Il élimine la tuberculose par suite de données négatives fournies par la radiographie et la tuberculine.

Il compare cette arthrite, jusqu'à un certain point, au rhumatisme blennorrhagique ; mais l'épaississement des extrémités osseuses, les douleurs nocturnes, les antécédents, font soupçonner le proces-

sus gommeux. Par conséquent, il croit qu'il s'agit d'une forme mixte et il l'explique de la façon suivante : l'arthrite aiguë d'il y a 6 mois a disparue rapidement, au début aurait été de nature blennorrhagique ; cette inflammation aiguë chez un syphilitique aurait fait éclore le processus gommeux dans les os (douleurs nocturnes) ; l'inflammation aiguë (agent d'irritation) une fois disparue, l'ostéo-périostite gommeuse serait restée à l'état latent pour se réveiller de nouveau sous l'influence d'une nouvelle cause, traumatisme ou fatigue (le malade était artiste dramatique et tout l'été exerçait sa profession).

Si actuellement, outre le processus gommeux, il y a aussi un mélange d'une synovite blennorrhagique, l'auteur n'en peut rien dire faute de preuve (on n'a pas pu trouvé du gonocoque dans l'urètre), mais il le suppose en se basant sur l'évolution particulière de cette arthropathie.

Nous reproduisons une autre observation.

OBSERVATION VI

Professeur Wéliaminoff

« *Syphilis articulaire* », 1910, p. 178, obs. 30.

Arthrite syphilitique et rhumatisme blennorrhagique.

J. L., étudiant, 22 ans, entré à la clinique 19 octobre 1909, pour des douleurs dans le genou droit et gêne dans la marche.

Né à Nowgorod, mais depuis l'enfance habite Pétersbourg. Vie régulière ; fume et boit modérément depuis

l'âge de 16 ans. Célibataire. Père mort à 53 ans d'affection cardiaque, mère morte à 50 ans, de granulie apparue un an après une intervention chirurgicale pour une coxalgie. 8 enfants : 4 sont morts : une sœur, à 7 ans, d'une maladie infectieuse, elle souffrait antérieurement de « rhumatisme » ; une autre, à 2 ans, de bronchite ; un frère, à 20 mois, d'« hydrocéphalie », et un deuxième, à 9 mois, de cause inconnue. Il reste : une sœur âgée de 24 ans, bien portante, une autre de 16 ans, qui a eu la scrofule à 2 ans (ganglions), l'année passée elle avait une kératite ; un frère, 19 ans, a eu la paralysie infantile à 5-6 ans.

Le malade a fait ses premiers pas à 3 ans ; il a eu rougeole, oreillons, coqueluche, bronchite et scarlatine. Pas de syphilis.

Fin 1906 (il y a 3 ans), il a eu une urétrite blennorrhagique et s'est soigné beaucoup et longtemps : poussée de prostatite à trois reprises différentes ; affirme ne pas avoir eu ces derniers temps de manifestations urétrales.

Mai 1909 (4 mois avant son entrée), en se réveillant un matin, il voit son genou droit enflé et douloureux. L'enflure était considérable, douleurs vives seulement les 2 ou 3 premiers jours, puis atténuation, mais elles étaient insupportables la nuit. Sous l'influence de bains chauds, de préparations iodées et salicylées, la tuméfaction avait diminué progressivement, mais les douleurs nocturnes persistaient.

Jeune homme anémique ; thorax étroit, rachitique ; bonne dentition. Rien du côté des organes viscéraux. Urines 1600, D = 1015, faiblement acide, un peu trouble ; au microscope quelques leucocytes et cellules épithéliales.

Le malade affirmait qu'il n'avait plus d'écoulement, mais au cours du massage de la prostate on a amené une goutte de pus : pas de gonocoques ; la température est normale.

Les méplats sont légèrement effacés au niveau du genou droit, la capsule est un peu épaissie, légère crépitation ; pression douloureuse sur les bords de la rotule ; un peu d'exsudat ; choc rotulien ; pas de contracture.

Flexion active = 75° ; passive = 67° ; extension complète.

Le malade peut marcher, ne boite presque pas, mais il

sent dans son genou malade quelque chose qui le gêne. Pas d'atrophie musculaire côté malade. Ganglions hypertrophiés et douloureux dans l'aîne droite.

2 jours après son admission, épreuve à la tuberculine : ophtalmo-réaction négative, intradermo-réaction = 2 +.

Le diagnostic n'est pas posé.

On suppose : un rhumatisme blennorrhagique sur un terrain scrofulo-tuberculeux ; le terrain hérédo-syphilitique est aussi probable.

Traitement suivi : douches d'air sec et repos au lit.

Pendant 10 jours aucune modification dans l'état du malade. On notait des douleurs plus intenses par l'air chaud.

2 octobre : KI 2 gr. par jour.

4^{me} jour phénomènes d'iodisme ; l'iode est supprimé.

11 octobre : on prescrit du « gonorol » contre l'écoulement.

Jusqu'au 15 octobre, rien de changé dans l'articulation.

Prenant en considération l'augmentation d'intensité des douleurs nocturnes, la kératite chez sa sœur et la paralysie chez son frère, l'auteur a supposé la possibilité du terrain syphilitique et a prescrit de la pommade mercurielle en friction, 2 gr. par jour.

Après 3 frictions un peu plus d'exsudat, mais le malade se sent mieux.

Après 5 frictions il n'y a plus de douleur dans le genou, plus d'exsudat ; la circonférence prise au-dessous de la rotule est diminuée de 50^{mm}.

Réaction Wassermann : négative.

28 octobre, c'est-à-dire 14 jours après le traitement spécifique, le malade sort de l'hôpital. Ce jour-là, on notait : « disparition des douleurs, résorption de l'exsudat, augmentation et amplitude des mouvements de flexion, le volume du genou a diminué, les contours sont plus nets, l'écoulement urétral est insignifiant ; la bougie N 41 passe librement ; le malade se sent amélioré ».

Le malade accusait de fortes douleurs nocturnes. De l'interrogatoire on remarquait que l'articulation était devenue brusquement douloureuse et le processus inflamma-

toire aigu avait persisté 2 ou 3 jours, puis la maladie avait passé à l'état chronique depuis quatre mois. Faute d'autres maladies infectieuses, outre la blennorrhagie, et étant donné son urétrite chronique, M. Wéliaminoff admet que cette synovite chronique est la suite de l'arthrite blennorrhagique antérieure. Il fallait expliquer les douleurs nocturnes et éliminer la possibilité du début d'une tumeur blanche.

Comme ses antécédents permettaient de supposer, c'était un hérédo-syphilitique, avec un terrain « scrofulo-tuberculeux » (sa mère était morte de tuberculose). L'ophtalmoréaction étant négative et intra positive, cela signifiait que l'organe avait été en contact avec le poison tuberculeux et qu'il n'y avait pas de tuberculose active. De cette manière, l'auteur exclue cette dernière affection.

Arthrite syphilitique et arthritisme

En poursuivant ses études sur les arthropathies mixtes, M. Wéliaminoff envisage les différentes combinaisons des arthrites syphilitiques avec les affections articulaires produites par le trouble de la nutrition.

Il étudie la goutte avec ses différentes modalités, c'est-à-dire la diathéose uricémique.

Voici ses considérations :

Un sujet atteint d'accès de goutte peut, comme tout autre, contracter la syphilis, ou un ancien syphilitique peut devenir gouteux. Il est très probable, dit-il, que la décomposition des sels uriques dans les articulations et les modifications gouteuses dans les cartilages, surtout au cours des accès répétés,

prédispose cette même articulation au développement du processus gommeux. Il estime que l'aspect clinique de cette arthrite syphilitique doit se différencier de la syphilis articulaire pure. Mais ce genre de combinaisons de la syphilis articulaire avec la goutte typique se verrait très rarement et serait dépourvu d'intérêt pratique, vu que la goutte se rencontre plutôt dans la classe aisée qu'à l'hôpital. Dans sa clientèle privée, il a eu cependant l'occasion d'observer des cas analogues et il dit que l'arthrite syphilitique chez les gouteux est d'une persistance désespérante, et elle devient difficilement accessible à nos modes habituels de traitement.

L'association de la syphilis acquise ou héréditaire avec la goutte chronique et l'arthritisme serait plus fréquente et l'auteur croit que c'est dans cette combinaison qu'il faudrait chercher la clef pour expliquer la pathogénie d'une série d'arthrites et de polyarthrites appelées ordinairement sous le nom de « rhumatisme chronique ».

« Le résultat obtenu dans ces arthrites par notre thérapeutique, dit-il, explique en partie leur existence : tantôt le traitement reste inefficace ; ou c'est l'iodure de potassium qui réussit admirablement, là, les eaux minérales, le massage et l'hydrothérapie (Aix-les-Bains), bains d'air sec ou de lumière, le régime (jusqu'au sanatorium de Lamann à Dresde), etc.

Si le traitement prescrit échoue c'est que, ou l'affection est mal diagnostiquée, ou nous avons affaire, non pas aux processus pathologiques *in*

flore, mais avec leurs conséquences, c'est-à-dire avec des modifications profondes et stables dans les tissus articulaires. La réussite de l'un ou de l'autre traitement dépend de la prépondérance dans le cas donné de l'une ou de l'autre affection, de la syphilis ou de la goutte et de l'arthritisme. Malheureusement dans les cliniques on ne s'occupe guère de ces arthropathies mixtes, qui exigent l'analyse clinique la plus minutieuse et aussi l'observation persévérante.

OBSERVATION VII.

Professeur Weliaminoff.

« *Syphilis articulaire* » 1910, p. 184, obs. 31.

Arthrite syphilitique et arthritisme.

Baron X., 49 ans, lieutenant-colonel, entré à la clinique le 9 novembre 1902 pour enflure, douleurs et gêne dans le genou droit l'empêchant de marcher.

Né à Taganrog, il y a vécu jusqu'à l'âge de 10 ans, puis a été admis à l'école militaire de St-Pétersbourg. Il a servi dans plusieurs endroits de Russie et a pris part à la guerre russo-turque (1877-78), actuellement commande une garnison de l'ouest.

Vie confortable, mais il habite un appartement humide. Il fumait modérément jusqu'à 39 ans, puis il a abandonné complètement l'usage du tabac. Il n'abuse pas de boissons alcooliques, sauf pendant la campagne russo-turque (bière). Marié à 31 ans.

Descendant de famille militaire : l'oncle et le père prirent souvent part à des campagnes. Vie mouvementée, gaie. Dans la famille il y avait des arthritiques. Oncle mort à 70 ans. Père mort à 53 ans de « tuberculose » apparue à la suite d'une blessure pulmonaire grave par arme à feu.

Mère 74 ans, bien portante. Famille composée de 3 filles et 2 garçons,

Deux sœurs du malade sont mortes : l'une à 11 ans de méningite tuberculeuse ; l'autre, atteinte de « scrofule » grave depuis l'enfance (à 18 ans, effondrement du nez), est morte à 25 ans de cachexie et « d'hydropisie générale ». La troisième sœur et un frère bien portants.

Le malade étant enfant n'était pas doué d'une forte santé, cependant il était assez endurant. Pas de maladies de l'enfance.

A 22 ans, uréthrite compliquée d'orchite. A 23-25 ans chancre sur la verge avec bubon et suppuration, reconnu par un médecin pour un chancre mou.

Il nie les manifestations secondaires, affirme ne pas avoir eu la syphilis.

Sa femme est extrêmement nerveuse et malade ; elle a été enceinte 12 fois : 5 avortements, 1 accouchement prématuré, 6 enfants à terme dont 3 sont morts. Les avortements survenaient sans aucun motif.

Sont vivants les enfants de I, V, VII couches.

Des 3 morts, un garçon emporté par la scarlatine à 3 ans, le deuxième d'entérite à 9 mois, le troisième d'une « hémorragie incessante du rectum. »

Des 3 vivants, tous sont malades : la fille aînée âgée de 17 ans est hystérique, atteinte depuis l'enfance de catarrhe laryngé, nasal, d'otite ; un garçon 8 ans 1/2 souffre de laryngite chronique, très nerveux, incontinence d'urine ; une autre fille 4 ans, aussi très nerveuse, elle est déjà hystérique.

Le malade, à 35 ans, commence à souffrir de l'estomac : au début, il a des renvois et une sensation de pesanteur après l'ingestion des aliments, puis des douleurs et des vomissements apparaissent tout de suite après les repas. Cette maladie a duré 2 ans. Le professeur Zakharine diagnostique une *dilatation de l'estomac* et prescrit un traitement qui ne réussit pas. (Essentouki (1), Kissingen, lavage de l'estomac, régime sévère).

(1) Station thermale du Caucase.

Le malade s'adresse alors au sanatorium Lamann où on reconnaît une névrose et une dilatation de l'estomac. Il guérit complètement sous l'influence du traitement (gymnastique (?), massages, douches, bains d'air et de vapeur, régime végétarien).

Il y a 2 ans, il a eu une enflure au niveau du sternum et a ressenti des douleurs vives ; tout a disparu sous l'influence de compresses chaudes.

Il y a 1 an, tuméfaction massive indolore de la clavicule droite qui disparaît à la suite de bains de boues. Ces derniers temps, une tuméfaction analogue sur la clavicule gauche.

Les douleurs du genou datent de 1898 (c'est-à-dire il y a 4 ans). C'est d'abord l'extrémité supérieure du tibia qui s'est mise à enfler, par moment le malade a senti des douleurs dans cet os qui, au commencement, ne l'ont pas gêné dans la marche, dans son service et à la chasse. Mais bientôt en marchant, il ressent une douleur vive dans le genou, il ne peut pas « faire un pas », mais elle ne persiste pas et disparaît sans laisser de trace.

En automne 1901, l'enflure du tibia se propage à la partie interne du genou, puis gagne le bord supérieur de la rotule ; à ce moment les douleurs deviennent continuelles. En même temps sensation douloureuse dans les articulations coxo-fémorales. Le malade est obligé de s'abstenir des marches pénibles et de monter à cheval. La tuméfaction s'accroît ainsi que la douleur. Il entre à l'hôpital militaire où on fait un diagnostic d'une arthrite tuberculeuse du genou ; le malade est envoyé pour traitement à Saki (1). Mais le même printemps il est obligé de reprendre son service.

A Saki, les médecins soupçonnent la syphilis, mais croient plutôt à la tuberculose : le malade a pris 37 bains, s'est fait 16 massages. Amélioration insignifiante ; élévation de la température le soir (massages ?) Enfin il s'adresse à la clinique.

(1) Ville d'eaux (Crimée).

Examen. — Le malade, de petite taille (1 m. 17), faible constitution ; téguments pâles ; varicosités sur les joues ; tissu adipeux peu développé, (poids du corps : 50 kilogs) ; musculature flétrie ; ganglions lymphatiques un peu hypertrophiés, sauf les inguinaux. Etat général épuisé. Dents artificielles, exceptées les incisives inférieures très mobiles. Appétit médiocre. Rien au foie et à la rate. Cage thoracique étroite, cylindrique. Poumons et cœur normaux. Pouls 64. Un peu d'artério et phlébo-sclérose. Urines 1400, claires, transparentes. D = 1010 ; réaction acide ; ni albumine, ni sucre, ni dépôt, indican en grande quantité.

D'après le malade, par moments, les urines sont peu abondantes et il apparaît un dépôt rouge assez massif ; alors il se sent mal : douleurs articulaires et musculaires fugaces. Système nerveux normal ; température normale le matin, 38° 5 le soir.

Le genou droit est augmenté de volume, mais inégalement, peau mobile avec dilatation veineuse ; la température locale est élevée.

Circonférence passant par le milieu de la rotule du genou droit = 36 cent.

— — — gauche = 33 cent.

— au-dessus — droit = 33 cent.

— — — gauche = 31 cent.

— au-dessous — droit = 32 cent.

— — — gauche = 30 cent.

La capsule articulaire est distendue inégalement par le liquide.

A la palpation la capsule est épaissie inégalement, légère crépitation dans le creux articulaire. Choc rotulien. Palpation de l'articulation indolore, sauf au niveau du condyle interne du tibia où la pression détermine une douleur vague. Mobilité un peu réduite et douloureuse. Angle de flexion active = 92°, passive = 90° ; extension passive et active = 168°.

Les douleurs, dont se plaint le malade, sont perçues dans le genou droit, quelque part « dans la profondeur de l'articulation », plus près de la partie interne. Elles se propagent souvent au-dessus jusqu'à la région fessière ; mais il arrive

aussi le contraire : elles débutent dans la région fessière et suivant le trajet descendant du grand sciatique, s'irradient au genou. Les douleurs apparaissent tantôt le jour, tantôt la nuit ; presque continues avec les variations atmosphériques ; elles s'accroissent avec l'augmentation de l'enflure. Ces douleurs, même très intenses, s'amendent par la chaleur. Le malade a, par moment, des accès sciatiques dans le membre malade. Il boite, marche à l'aide d'une canne, se fatigue vite.

Sur la clavicule droite, dans son 1/3 externe, en palpant, on sent quelques petits ostéophytes de forme inégale ; à l'extrémité sternale du même os, une tuméfaction de consistance osseuse lisse, indolore (périostite ancienne).

Diagnostic. — Arthrite syphilitique sur terrain arthritique.

Traitement. — On prescrit KI, 2 gr. par jour ; on augmente les doses à partir du 6^{me} jour jusqu'à 3 gr. Phénomènes d'iodisme : on supprime l'iode pour quelques jours.

6 jours après, de nouveau KI, 2 gr. 50, 3 gr., 4 gr. par jour ; en outre, après le 21^{me} jour, séances quotidiennes lumière bleue ; à partir du 26^{me} jour, bains quotidiens 29° R. Le malade est resté 46 jours dans la clinique.

Résultat. — Après le 3^e jour du traitement par l'iode abaissement de la température. Douleurs et accès sciatiques persistent les premiers jours, mais s'atténuèrent progressivement et un mois après le traitement ils disparurent.

En même temps diminution de l'enflure du genou. Au moment de la sortie du malade (47^e jour), la circonférence du genou, passant par le milieu de la rotule = 34 cm. (au lieu de 36), l'exsudat est presque résorbé ; il subsiste de l'épaississement de la capsule ; la crépitation a augmenté.

Sous l'influence du traitement, rapide amélioration de la mobilité articulaire. Après 13 jours de traitement on avait enregistré : « angle de flexion active 70°, passive 58° (au lieu de 92° et 90°) ; extension presque complète ».

22^e jour, flexion active 57°, passive 48° ; extension complète.

47^e jour (moment de sortie de l'hôpital), « 47° et 33°, le malade marche sans canne, ne boite pas. L'enflure de l'extrémité sternale a considérablement diminué ».

L'état général très amélioré. Le malade a gagné 5 kilogs. Il se sent très bien. Il subsiste cependant quelque déformation dans le genou et de la crépitation dans les mouvements.

Prenant en considération le terrain arthritique, on lui a conseillé de prendre de l'eau de Vichy avec du lithium, et de suivre rigoureusement le régime des arthritiques.

Un mois après la sortie on revoit le malade qui est davantage amélioré; la crépitation et l'enflure du genou ont considérablement diminué. Il a repris son service.

Après 1 an 1/2 le malade est revu à nouveau : durant tout cet intervalle de temps, il a bien suivi le régime prescrit ; la crépitation dans le genou a disparu ; les mouvements et la fonction du membre sont rétablis.

Actuellement il se porte très bien, monte à cheval et marche beaucoup. Il a participé aux manœuvres.

CHAPITRE V

Pseudo-tumeurs blanches. Étude clinique et observations.

La constatation d'une arthrite syphilitique tertiaire gommeuse ou non ne laisse en général la place ni au doute clinique ni à l'hésitation thérapeutique : c'est un des beaux succès du traitement mixte et probablement aussi (tant de documents actuels) du Salvarsan ; la réussite tranche, en dernier ressort, le diagnostic.

Mais les plus grandes difficultés apparaissent lorsqu'il s'agit d'arthrites analogues à celle que nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Roque.

Un malade atteint à la fois de tuberculose et de syphilis récente présente une tumeur blanche, s'agit-

il d'une pseudo ou d'une vraie tumeur blanche, de syphilis franche ou de tuberculose franche ? Dans quelle mesure les lésions sont-elles modifiées par la présence de ces deux affections ? Enfin, si tant est qu'elles n'aient pas marqué leur empreinte anatomique de façon simultanée, dans quelle proportion les terrains syphilitiques et tuberculeux auront-ils préparé les voies au virus voisin ?

On voit qu'il y a là un triple problème à résoudre ou, du moins, à poser complètement.

L'un de clinique pure, au lit du malade, de tous le plus pratiquement important. Le second anatomique, plus difficile à étudier, car les documents nous manquent à cette heure pour le faire. Le troisième, purement pathogénique, conçu déjà par les vieux auteurs : c'est la question antique du rapport de la scrofule avec la syphilis et plus spécialement avec la vérole héréditaire. Et là le terrain devient plus mouvant : Deux écoles semblent s'opposer : l'école lyonnaise de tendance plutôt dualiste, conformément à l'esprit scientifique français, l'école russe, avec M. le professeur Wéliaminoff, qui veut établir des formes hybrides.

Nous allons aborder successivement ces trois questions.

Diagnostic. — Le diagnostic entre les arthrites syphilitiques et la tumeur blanche, sera dans la majorité des cas un diagnostic chirurgical. Les malades seront plus facilement dirigés vers les chirurgiens, et c'est de ceux-là qu'émane la plus grande partie des observations.

Le seul examen clinique permet difficilement le diagnostic.

Chez notre malade (voir observation XI), plaident en faveur de la tuberculose les signes suivants : l'empâtement du poignet, l'adénopathie, les mouvements limités, la douleur, le sommet gauche suspect, le séro-diagnostic positif ; pour la syphilis : l'énorme épaissement des extrémités inférieures du cubitus et du radius, l'apyrexie, les signes incontestables de la syphilis antérieure, quoique la réaction de Wassermann ait été négative, enfin la réussite du traitement spécifique. Mais tout ceci nous est insuffisant pour supposer une double lésion chez ce malade.

Examen radioscopique. — Cet examen est encore plus délicat. Certes, la lésion plus marquée de la diaphyse que des épiphyses serait d'une grande importance. Mais on ne la retrouve pas dans tous les cas ; d'autre part, l'accord n'est pas fait sur l'allure que peuvent offrir ces formes spéciales de pseudotumeur blanche.

Dans notre cas, deux petites saillies radiales juxta-épiphysaires, d'allure exostose ostéo génique, mais d'un tissu moins dense, permettaient de poser des points d'interrogation, mais ne résolvaient rien.

En ce qui concerne les différentes réactions de laboratoire (la réaction de Wassermann, la luétine de Noguchi, pour la syphilis ; le sérodiagnostic d'Arloing et de Courmont, les réactions de von Pirket et de Calmette pour la tuberculose), on sait aujour-

d'hui qu'il ne faut pas leur attribuer une valeur excessive dans les déterminations diagnostiques. Pour ne citer que la tuberculiniréaction récemment sur 47 malades syphilitiques à différentes étapes de leurs infections et tous cliniquement indemnes de tuberculose M. le professeur Nicolas constatait 44 réactions à la tuberculine très positives, soit 93 %, 2 faibles ou douteuses, soit 4 % et seulement 1 négative, soit 3 %.

M. Mantoux, opérant sur des sujets atteints de tuberculose cliniquement certaine, a eu des résultats positifs à la tuberculine dans la proportion de 97 % ; c'est-à-dire une proportion qui s'approche beaucoup à celle trouvée par M. Nicolas.

OBSERVATION VIII

Professeur Wéliaminoff. — « *Syphilis articulaire* »,
1910, p. 154, observ. 27.

N. N., 20 ans, entre à la clinique en février 1907. Il se plaint de douleurs dans le genou gauche lors des mouvements. Fils d'un pauvre diacre, il était mal alimenté, élevé au biberon dans de très mauvaises conditions ; plus tard, fut toujours mal nourri. Rougeole en bas âge, paludisme à 8 ans ; vit pauvrement de leçons. Sa mère, 44 ans, n'a pas eu de fausse couche ; son père, 40 ans, nie la syphilis ; frères et sœurs du malade se portent bien, mais l'aîné est mort de bronchite à 6 mois.

Il y a 12 ans, il commence à souffrir de douleurs vives dans le genou apparaissant périodiquement ; puis, le membre enfle vite. La tuberculose a été diagnostiquée et on a ponctionné l'articulation ; amélioration ; pendant

quelques années, il ne se soigne plus. Il y a 4 ans, de nouveau enflure et gêne dans la marche que l'on traite à la méthode de Bier. Petite amélioration au début, mais non durable, l'enflure augmente de plus en plus ; le malade ne peut plus marcher et il entre à la clinique.

A l'examen. — Malade très amaigri, mal nourri, pâle, acné sur la face et le dos, aspect général cachectique, chargé de ganglions. Rien aux poumons ni au cœur. Dents d'Hutchinson très typiques. Tendance à la constipation. Urines normales. Réflexes tendineux un peu exagérés. Température 36°8.

Genou gauche gros, globuleux. Circonférence du genou droit passant par le milieu de la rotule = 37 cent., gauche = 41 cent., droit au-dessus de la rotule = 35 c. 5, gauche = 38 c. 5, droit au-dessous de la rotule = 35 c. 5, gauche = 38 cent.

Le genou distendu, plein de liquide ; la capsule épaissie (plaques de blindage). Les mouvements amènent de la crépitation légère et des douleurs vives. Pas de douleurs nocturnes.

Le diagnostic n'est pas posé définitivement, mais on pense à une syphilis héréditaire tardive.

Repos au lit, et KI. En 6 jours, diminution de l'enflure du genou dont la circonférence passant par le milieu de la rotule est de 39 cent. au lieu de 41.

Les trois semaines qui suivent, cette tuméfaction ne bouge plus, peu de modifications dans les douleurs ; on prescrit frictions mercurielles, 4 gr.

24 mars. Ponction de l'articulation, extrait 100^{cc} d'exsudat séreux avec flocons fibrineux ; le membre est immobilisé.

3 avril, c'est-à-dire 41 jours après le traitement, le malade prenait 180 gr. de KI et faisait 12 frictions ; circonférence du genou gauche passant par le milieu de la rotule = 37 c. au lieu de 41, au-dessus 34 cent. au lieu de 38 c. 5, au-dessous = 34 cent. au lieu de 38. Douleurs persistent dans les mouvements et la marche. Etat général peu amélioré. Traitement : air chaud.

13 avril. Le genou enfle de nouveau jusqu'à 41 cent. Etat général s'aggrave.

17 avril. Obscurité respiratoire du sommet droit.

24 avril. Ponction de l'articulation suivie de lavage. On enlève un liquide séro-sanguinolent. Résultat négatif de la culture. Le cobaye inoculé meurt le 3^e jour d'une cause accidentelle.

Les jours suivants, la température s'élève 2 fois jusqu'à 38°8, le reste du temps elle reste normale. Les suites sont excellentes, il n'y a pas de douleurs.

9 mai. On enlève le bandage. Très peu d'exsudat, mais l'épaississement net du coudyle interne du fémur est douloureux à la pression. Mouvements très douloureux. Depuis ce jour la température est subfébrile ; sueurs nocturnes. Aggravation de l'état général. Processus net au sommet pulmonaire droit.

14 mai. Après 82 jours de traitement, le malade est transféré dans un autre établissement, et aussitôt après, dans un sanatorium en Finlande.

D'après les nouvelles reçues, la tumeur blanche a rapidement évolué dans le genou gauche et le processus pulmonaire progressé. Au milieu de l'été, le malade retourne chez lui, où il meurt phtisique.

OBSERVATION IX

*Professeur Wéliaminoff. — « Syphilis articulaire »
1910, p. 158, observ. 28.*

M. P., étudiant, 24 ans, entré à la clinique 28 septembre 1909, pour tuméfaction et douleurs dans la tibio-tarsienne gauche.

Né à Iaroslav dans une famille paysanne aisée ; fils unique. A partir de 18 ans fume et boit modérément. Marié depuis 9 mois. Sa femme, 20 ans, bien portante, enceinte de 8 mois.

Sa mère, morte à 22 ans de tuberculose. Son père, 52 ans, bonne santé. Pas de maladies infectieuses aiguës, ni syphilis.

A l'âge de 8 ans, apparition des douleurs vives, surtout nocturnes, à l'épaule et à la jambe gauches, durant 3 à 4 jours et se renouvelant 3 ou 4 fois par an. Ces douleurs disparaurent sous l'influence des massages. A 16 ans elles disparaurent complètement. Il y a 3 ans hypertrophie considérable et suppuration des ganglions du cou côté gauche; traces de cicatrices.

L'année passée dans la 1/2 supérieure de la diaphyse humérale gauche, apparition brusque de douleurs très accusées la nuit et accompagnées d'œdème et de rougeur de la peau. On lui a fait 12 piqûres; il a été malade trois mois, puis guérison.

Juillet 1909, douleurs dans le tiers inférieur de la jambe, très vives pendant trois jours, peu marquées le jour, insupportables la nuit.

A partir d'août, douleurs continuelles et toujours plus accusées la nuit. Le malade marchait peu, prenait de l'iode, mais aucune amélioration. A ce qu'il raconte, on lui a examiné son sang, Wassermann aurait été négatif; l'iode a été supprimé. Ces derniers temps sueurs nocturnes abondantes.

Le malade de taille moyenne (1 m. 73); pityriasis versicolor sur poitrine et dos. Ganglions du cou coté droit et inguinaux hypertrophiés et douloureux. Habitus tuberculeux. Thorax étroit, mal développé; percussion: pas de matité; auscultation: partout normal, sauf expiration prolongée au sommet gauche.

Rien au cœur; pouls 76. Bonne dentition; rien aux viscères; appétit mauvais; tendance à la constipation. — Urines 1800. D-1017, faiblement acide; trace d'albumine; urates au microscope. — Système nerveux normal. Poids 52 kilogs.

La tibio-tarsienne gauche augmenté de volume.

Circonférence passant par les malléoles droites = 23^{cm}

— — — gauches = 27^{cm}

Cette tuméfaction due probablement à l'épaississement de l'extrémité inférieure du tibia et à l'infiltration périarticulaire. Peau rouge, pâteuse dans certains endroits, fluctuation peu nette par places.

Circonférence de l'extrémité inférieure de la jambe droite passant au dessus de l'articulation = 19 cm.

Circonférence de l'extrémité inférieure de la jambe gauche, passant au dessus de l'articulation = 22 cm.

Muscles de la jambe gauche atrophiés. La partie enflée du tibia est douloureuse à la pression.

Mobilité réduite dans l'articulation malade. Douleur siège uniquement au niveau de l'épaississement du tibia.

Subjectivement. — Douleurs continues ; marche possible, mais douloureuse.

Chaîne ganglionnaire douloureuse dans le pli de l'aîne gauche. A l'humérus malade il n'y a pas de signes objectifs, sauf un peu d'épaississement aux 2/3 supérieurs.

Radiographie — Quelques petites alvéoles dans l'extrémité articulaire inférieure du tibia.

Diagnostic. — Arthrite tuberculeuse de la tibio-tarsienne ; tuberculose humérale.

Terrain : syphilis héréditaire.

Evolution et traitement.

1^{er} jour : Le malade mis au lit ; aucun traitement.

2^e — : moins de douleurs, rougeur augmentée.

3^e — : fluctuation nette ; on met un bandage.

4^e — : malade se sent mieux.

5^e — : on enlève le bandage et on constate : pas de fluctuation, œdème et rougeur diminués.

Les jours suivants tantôt diminution, tantôt augmentation de la tuméfaction.

14 octobre : Réactions Pirket et Calmette nettement positives.

16 octobre : Prescrit frictions mercurielles, 4 gram. par jour.

19 octobre : Circonférence de la jambe au niveau de la tuméfaction : 26 cm. au lieu de 29.

22 octobre : Circonf. 25 cm. Il n'y a pas de douleurs, appétit considérablement amélioré. Le malade est plus agile.

23 octobre : Rougeur moindre. Appareil plâtré.

Aujourd'hui, après frictions et repos, on constate : amé-

lioration remarquable ; l'enflure diminuée de 5 cm. en circonférence, de même l'infiltration périarticulaire et la rougeur de la peau.

Il n'y a pas de douleurs spontanées.

Plus tard, le Wassermann est positif dans un autre établissement,

OBSERVATION X

Professeur Wéliaminoff. — « *Syphilis articulaire* », 1910,
p. 164, observ. 29.

F. B., 27 ans, ouvrier, célibataire, entré à la clinique le 17 octobre 1909, se plaint de douleurs et de tuméfaction dans le genou gauche, l'empêchant de marcher et travailler.

Misère physiologique. Fume. Alcoolisme modéré. Père mort jeune il ya 13 ans, d'un fort refroidissement. Mère morte à 50 ans d'affection inconnue. Il ignore le nombre d'enfants qu'a eus sa mère, se rappelle cependant que quelques frères et sœurs sont morts en bas âge ; deux sont vivants : frère 30 ans et sœur 23 ans, tous deux bien portants.

Malade ne se souvient pas de ses maladies de l'enfance ; fièvre typhoïde à 4 ans ; bonne santé en général. Pas de maladies vénériennes.

Printemps 1908, sensation de douleurs dans le membre inférieur gauche, peu appréciables au début, s'accroissant petit à petit.

Malade continue à travailler jusqu'à janvier 1909, c'est-à-dire 9, 10 mois depuis le début de la maladie ; il ne peut plus et cesse le travail. Douleurs étaient toujours continues, s'exaspérant après la marche prolongée, mais ne disparaissant ni la nuit, ni par repos. 6 mois après le début de la maladie, le genou a augmenté de volume, et les mouvements d'extension sont très limités.

3 mars 1909. Malade entre à la clinique. Genou gauche considérablement augmenté de volume ; circonférence

passant par le milieu de la rotule, mesure 6 c. 50 plus que du côté sain ; tuméfaction articulaire irrégulière ; recessus superpatellaris distendu ; peau de la région plus pâle qu'à l'état normal ; température locale élevée ; l'augmentation du volume du genou est due à l'épaississement de la capsule et à l'hyperostose de l'extrémité inférieure du fémur ; pas de fluctuation, pas d'exsudat ; rotule peu mobile ; dans le sac synoviale, au niveau du recessus superpatellaris et au bord inférieur de la rotule, sensation de tuméfaction locale de consistance élastique. Vives douleurs à la pression au niveau des condyles internes du fémur et du tibia. Genou en flexion sous un angle de 165°. Atrophie musculaire : circonférence de la jambe droite = 35 c. 5, gauche = 34 cent. ; circonférence de la cuisse droite 20 centimètres au-dessus de la rotule = 43 c. 5, gauche = 37 c. 5 ; circonférence de l'aîne droite = 54 cent., gauche = 50 cent. Flexion active = 105°, passive 95° ; extension passive et active = 166°.

Malade se plaint constamment de douleurs exaspérantes dans le genou ; il est incapable de marcher sans béquilles ou canne.

Radiographie : pas de modifications osseuses appréciables.

Cuti et ophtalmoréaction positives.

Diagnostic conditionnel. — Syphilis héréditaire tardive ; forme mixte. Traitement d'épreuve KI 2 grammes par jour.

Vu l'amélioration manifeste, augmentation des doses jusqu'à 10 gr. par jour ; aucun phénomène d'iodisme ; du 21 mars au 14 avril, le malade a pris en tout 175 gr. KI.

1^{er} avril, c'est-à-dire 10 jours après, il commence à marcher sans canne, ne boite presque pas.

8 avril. Marche plus librement.

A sa sortie, 15 avril, c'est-à-dire 24 jours après le traitement par l'iode, il marche plus librement, boite à peine, tuméfaction diminuée, contracture aussi ; flexion active = 95° (au lieu de 105°), passive = 93° (au lieu de 95°) ; extension active = 172° (au lieu 166°), passive = 176° (au lieu 166°) ; de cette manière, l'étendue des mouvements actifs, 77°

(au lieu de 61° , c'est-à-dire supérieure de 16°), des mouvements passifs, 83° (au lieu 71° , c'est-à-dire supérieure de 12°).

Poids augmenté.

Malade sort par suite de la fermeture de la clinique.

17 octobre 1909, c'est-à-dire 6 mois après, le malade rentre à l'hôpital pour douleurs et enflure dans le même genou gauche.

Il raconte : après la sortie de l'hôpital, au mois d'avril, il exécutait un travail pénible de débardeur ; au commencement, il ne souffrait pas du tout, mais petit à petit les douleurs ont réapparu dans le genou en même temps qu'il enflait. A l'automne, le travail devient insupportable, ce qui décide le malade de rentrer à la clinique.

L'état général est le même qu'au printemps passé. Amaigrissement de 4 kil. (54 kil. au lieu de 58 kil. au printemps), dû plutôt au travail dur et à la mauvaise nourriture qu'à la maladie.

Genou gauche enflé, fusiforme en flexion sous un angle de 150° ; circonférence par le milieu de la rotule de 4 c. 5 plus que du côté sain ; recessus superpatellaris distendu ; capsule régulièrement épaissie ; pas d'exsudat ni crépitation ; rotule peu mobile ; température locale élevée ; genou douloureux à la pression ; impossible d'apprécier les épaississements osseux.

Flexion active = 100° (au lieu de 95° en avril, au moment de la sortie), passive = 90° (au lieu de 93°) ; extension active = 162° (au lieu de 192°), passive = 170° (au lieu de 176°) ; douleurs modérées dans les mouvements actifs, très vives dans les mouvements passifs. Muscles très atrophiés. Le fonctionnement du membre beaucoup plus trouble que l'année passée au moment de son entrée. Impossible de se tenir debout, boîte fortement, inapte au travail, température subfébrile, 37° avec dixièmes.

Radiographie : pas de modifications osseuses, sauf un peu d'épaississement des épiphyses.

Wassermann positif.

Diagnostic. — Tumeur blanche sur un terrain hérédosyphilitique.

22 Octobre. Arthrotomie sous chloroforme, écoulement d'une petite quantité d'exsudat séro-sanguinolent ; synoviale très épaissie (50 ^{mm}), grise, polie, pas de masses fongueuses ; dans l'articulation, au niveau du condyle interne du fémur, masse considérable de matières fibrineuses ; usure cartilagineuse sur les bords des deux condyles ; cette usure est recouverte de tissu conjonctif frais d'épaisseur de 25 ^{mm} par endroits. Sous cette cicatrice du tissu conjonctif, l'os est très sclérosé par places, alvéolaire par ailleurs (anciennes places des gommes subchondrales), pas de carie. Cartilage restant paraît opaque avec reflets jaunâtres (pannus) ; même modification du cartilage rotulien. (Image typique d'ostéo-chondrite syphilitique). Excision de la synoviale aux ciseaux, raclage des alvéoles osseuses ramollies ; deux tampons ; couture ; bande Volkmann. Jusqu'à présent, suites opératoires normales. On ne peut pas se prononcer sur le pronostic, il n'y a que deux semaines.

Examen microscopique. — Dans la synoviale et les villosités, poussée fraîche de tubercules typiques avec cellules géantes caractéristiques entourées de cellules épithélioïdes et infiltration inflammatoire ; dans l'épaisseur de la synoviale et villosités quelques petits amas de cellules embryonnaires tout à fait semblables aux gommes miliaires ; dans certains endroits, altération typique des vaisseaux (artérite syphilitique ?) dont quelques-uns complètement oblitérés. Rien dans cartilage, sauf pâleur des cellules cartilagineuses avec contours imprécis. Pas de bacille de Koch dans les tissus enlevés.

OBSERVATION XI

Due à l'obligeance de M. le Professeur Roque.

D. A., 24 ans, mécanicien, né à Vizille (Isère), entré à la clinique, salle Ste-Elisabeth, n° 35, le 5 juin 1913, pour des douleurs articulaires au poignet droit.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents collatéraux. — Une sœur d'excellente santé.

Antécédents personnels. — Gastro-entérite de l'enfance. Scarlatine à 8 ans. Pas d'adénites. Il a eu une pleurésie à 20 ans, avant de partir au régiment ; on ne l'a pas ponctionné, il a eu de la fièvre pendant une huitaine de jours et resta un mois sans travailler.

Célibataire, nie la blennorrhagie. Depuis sa pleurésie il n'a eu ni bronchite, ni hémoptysie.

Le malade abuse de boissons alcooliques : il boit journellement 2 litres de vin, 2 absinthes et 2 petits verres. Il fume beaucoup. Il a fait deux ans de service militaire pendant lesquels il fut soigné pour une dysenterie, puis en août, pour une ulcération du gland que l'on baptisa du nom de chancre mou, mais qui semble bien avoir été de nature spécifique.

Pendant tout le mois de décembre 1912 il eut la dysphagie pour laquelle on lui fit une série de douze injections mercurielles. Enfin il y eut des plaques muqueuses de la bouche.

Pas d'éruption de roséole connue du malade. Les accidents actuels remontent à trois mois. Le 10 mai dernier sans traumatisme antérieur, il éprouva brusquement dans le genou droit une violente douleur qui l'obligea à interrompre son travail, qu'il n'a jamais pu reprendre ensuite. Restait au lit pendant une huitaine de jours et semble avoir eu un peu de fièvre à ce moment. L'articulation du genou droit n'augmenta pas de volume, mais au bout de deux jours la douleur passa au genou gauche, puis, deux jours après, au coude et au poignet gauches ; enfin huit jours environ après le début de ces douleurs, le *poignet droit* fut atteint et resta depuis seul atteint. Il commença par enfler ainsi que le dos de la main. Un docteur consulté donna du salicylate de soude pendant une dizaine de jours, puis fit à trois reprises différentes des pointes de feu. La dernière fois, il y a quinze jours, il mit l'avant-bras et la main du malade dans une gouttière plâtrée.

A l'entrée. — Jeune homme d'apparence robuste, au teint coloré, se disant un peu amaigri.

Main et poignet en battoir : mouvements spontanés de flexion sont très limités, mais peu douloureux. On constate à la face dorsale du poignet, vers la tête du grand os, un

point fluctuant, non douloureux. On ne trouve d'ailleurs, soit au niveau de l'articulation, soit au dessous ou dessus, aucun point nettement et électivement douloureux à la pression. Ce qui frappe surtout c'est l'énorme épaissement de l'extrémité inférieure du cubitus et du radius et de tout le carpe.

Les mouvements provoqués de flexion et d'extension du poignet sont douloureux quand on dépasse l'étendue des mouvements spontanément possibles, d'ailleurs insignifiants. Atrophie des inter-osseux et des éminences thénar et hypothénar.

Il n'y a rien aux autres articulations. On remarque quelques traces douteuses d'éruption roséolique au thorax et à l'abdomen. Quelques ganglions de la nuque à droite, pas de ganglions sus-épitrochléens. Les ganglions inguinaux sont hypertrophiés des deux côtés. Il ne persiste de son chancre qu'une petite tâche pigmentaire près du sillon balano-préputial légèrement indurée.

Pas de température, pas d'albumine, ni sucre. Système nerveux normal.

Gorge : rougeur intense et indolore du voile du palais, des piliers et de la luette avec reflets opalescents et plaques muqueuses sur l'amygdale droite. Appétit conservé. Bonne digestion.

Rien de particulier à la rate et au foie. Rien au cœur.

Le malade tousse et crache un peu.

Tout d'abord on n'avait rien décelé aux poumons. M. Roque l'examine et trouve le sommet gauche un peu suspect. Pas de trace de pleurésie antérieure.

7 juin 1913 : on fait la radioscopie.

Poumon : légère obscurité des deux sommets.

Poignet : épaissement des deux os de l'avant-bras senti à la palpation, n'est pas visible à l'écran. On note seulement que les os du carpe sont très flous.

Examen des crachats : pas de bacille de Koch.

Sérodiagnostic tuberculeux positif : + 5 + 10 + 15. (D^r Lévy).

Diagnostic. — La sporotrichose est éliminée facilement, le poignet ne présente aucune ulcération ; on hésite entre la tuberculose et la syphilis.

9 juin : on commence un traitement d'épreuve :

1^o injection intraveineuse de 0,40 centigr. de néo-salvar-san en solution concentrée (D^r Cordier).

11 juin : réaction de Wassermann est négative.

12 — : radiographie du poignet (voir la radiographie) : exostoses radiales, empâtement articulaire, un flou aux épiphyses. Le malade quitte le service.

16 juin : Il rentre pour sa 2^{me} injection. Il dit souffrir un peu moins et remuer plus facilement le pouce.

Puis on lui fait suivre un traitement mixte. Sous l'influence du traitement on constate une amélioration progressive ; le malade exécute des mouvements de plus en plus étendus. L'empâtement diminue à son tour.

Dans l'espace de 2 mois 1/2 il guérit et reprend son travail sans aucune immobilisation.

Enfin, 20 janvier 1914, on revoit le malade, il est guéri. Les mouvements de flexion et d'extension sont redevenus presque normaux, il n'y a plus de douleur, plus d'empatement.

On radiographie son poignet droit : les petites exostoses radiales ont disparu, mais il y a toujours un petit flou au niveau des épiphyses.



MAIN DROITE FRONTALE ANTÉRIEURE

*Radiographie prise le 12 juin 1913 dans le service de M. Roque,
par le Professeur Cluzet.*

CHAPITRE VI

Pseudo-tumeurs blanches syphilitiques. Anatomie pathologique, pathogénie et discussion

Discussion anatomique. — Dans l'examen de M. Wéliaminoff peut-on trouver des éléments pour trancher le diagnostic entre la syphilis et la tuberculose ? Nous savons depuis les travaux de MM. Nicolas et Favre, exposés, soit dans leurs nombreux articles, soit dans les thèses qu'ils ont inspirées, telles que celles de Laurent et d'Allibe, que la cellule géante, jadis critérium suffisant de la tuberculose n'en doit plus être aujourd'hui, car cette formation histo-pathologique peut être tout aussi formé par la syphilis. En outre Orlow (Wratch) déjà, en 1882, avait fait la même constatation au sujet de la présence des cellules géantes dans ces deux affections. On peut émettre les mêmes considérations sur la non spéci-

ficité pour la tuberculose des cellules à type Langhans (Landois, Brun's Beitr. 1909), Durante, Baumgarten, Busse, Stockmann, etc. . . les ont trouvées dans les myocardites syphilitiques et dans les gommes musculaires; Shiota en a rencontrées dans la rage. M. Wéliaminoff est au courant de ces travaux, car il n'accorde pas de valeur à l'existence d'une telle lésion, et il dit nettement que la cellule géante ne pourrait jamais trancher la question. Quant aux questions secondaires qu'il aborde ensuite, telle que la lésion vasculaire et spécialement artérielle et surtout la présence des cellules inflammatoires périvasculaires (gommes milliaires ?) le long des veines et des capillaires seraient, pour l'auteur, plus en faveur de la syphilis. Cette endo-périarthérite ne serait pas spécifique de la syphilis pour Körster, Friedländer, Cornil et Rauvier, Baumgarten, Nonne, etc ; et le serait au contraire pour Heubner, Eichorst, Leyden, Birsch-Hirschfeld, Hock, Vogel. Nonne ayant surtout en vue l'examen du système nerveux, estime que, en absence des spirochètes sur les coupes, il ne peut considérer comme proprement syphilitiques que les véritables gommes dans la paroi artérielle et encore en tant qu'on peut les distinguer elles-mêmes des gommes tuberculeuses (cit. Wéliaminoff). M. Wéliaminoff ne se juge pas assez compétent pour accepter l'une ou l'autre théorie ; mais, en se basant sur ses observations personnelles d'arthropathies incontestablement syphilitiques, suppose que cette entérite avec granulations, doit être spécifique pour la syphilis.

Mais cette contiguité plus ou moins grande aux capillaires ou aux artérioles, c'est là un criterium qui semble insuffisant à la plupart des histopathologistes.

Deux éléments offriraient seuls un élément de sécurité, c'est la constatation de bacilles de Koch ou de spirochètes dans les voies elles-mêmes, soit au niveau des franges synoviales, soit au niveau du tissu osseux, soit, ce qui serait presque probable, dans la paroi vasculaire à proximité des lésions. Mais cette constatation n'a jamais été faite encore dans les peu nombreux examens pratiqués.

Au point de vue de l'allure histologique des lésions, nos maîtres lyonnais ne croient pas que la prédominance des lésions artérielles avec oblitération soit un gage suffisant de syphilis.

En résumé, même après de nombreux examens anatomo-pathologique, il nous semble que cette question est sinon insoluble, du moins difficile à trancher.

Il n'y a pas de criterium histo-pathologique suffisant à l'heure actuelle entre les lésions de la syphilis et celle de la tuberculose. Il faudra faire appel aux constatations microbiologiques.

DISCUSSION PATHOGÉNIQUE

Ceci posé, nous abordons une dernière question, celle des rapports théoriques de la syphilis et de la tuberculose. Nous voulons d'abord exposer les théo-

ries du professeur Wéliaminoff. Puis nous montrons en parallèle les idées de nos maîtres lyonnais.

Y a-t-il des Arthrites hybrides, syphilitiques et tuberculeuses ?

(d'après le professeur Wéliaminoff)

I

L'auteur fait remarquer que l'on peut, à priori, distinguer en clinique au moins quatre modalités de l'association de ces deux terrains.

Car il faut encore l'association des terrains et l'association des lésions. Nous nous expliquons : chez un individu muni de la double hérédité syphilitique et tuberculeuse, ce sera, si l'on peut dire, une hybridité de terrains et toute lésion osseuse survenue chez un tel sujet malade, pourra aussi justement être rapportée à la tuberculose qu'à la syphilis, et ce sera le cas si fréquent, des petits scrofuleux si chargés, de deux côtés à la fois, de ceux que Ricord trouvait son terme d'une actualité résuscitée de « scrofulate de vérole ».

Mais des cas différents peuvent se créer, non seulement sur le papier et théoriquement, mais encore en clinique.

C'est ainsi qu'un jeune sujet hérédo-syphilitique pourra être tuberculisé secondairement dans son jeune âge. C'est encore le cas d'un enfant hérédo-

tuberculeux contaminé de syphilis dans son enfance par nourrice ou de tout autre mode.

Enfin dans le cas de l'adulte, il faudra considérer le cas de la simultanéité des deux infections.

Si bien que, sans rechercher trop de subdivisions, on pourrait distinguer au moins les 4 cas suivants :

1° Enfant scrofuleux, hérédosyphilitique et de souche tuberculeuse.

2° Malade tuberculeux dans le jeune âge (ganglions cervicaux, rachitisme) et se syphilisant à l'âge adulte.

3° Malade hérédosyphilitique surtout, plus rarement syphilis dans le jeune âge (contamination par nourrice) et devenant tuberculeux à l'âge adulte.

4° Adulte frappé presque simultanément par les deux affections qui évoluent alors avec leurs caractéristiques, créés par l'influence réciproque des 2 affections.

[II]

D'après nos Maîtres lyonnais, le virus syphilitique, *à lui seul*, dans certaines conditions, est susceptible de déterminer dans les tissus, pour des raisons encore inconnues et fort obscures, des lésions absolument semblables à celles de la tuberculose ; par conséquent, dans des cas analogues, il ne saurait pas y avoir d'association des deux affections. Analysons, d'après cette conception, les observations de M. Wéliaminoff.

M. Wéliaminoff affirme (obs. IX) que le sujet est tuberculeux, il n'y a pas de doute ; il y a eu des antécédents maternels, les suppurations ganglion-

naires et les lésions actuelles du tibia. Enfin il y a les réactions de laboratoire telles que l'ophtalmo-réaction.

Pourtant le tableau clinique de la périostite n'est pas nettement celui de la tuberculose ; car aux rayons X, il y a dans la profondeur de la diaphyse, des ombres qui peuvent aussi bien être tuberculeuses que des gommes syphilitiques.

Toutefois les douleurs nocturnes surtout ont commencé à l'âge de 8 ans, puis se sont renforcées à l'âge de 16 ans ; d'autre part, l'année précédente il y avait eu un gonflement douloureux et osseux, et une tuméfaction qui cédait rapidement à 12 injections mercurielles.

Quand à la lésion de la tibio-tarsienne, elle avait subi un début de traitement antisypilitique auquel on renonça uniquement en raison seulement de la réaction de Wassermann négative.

Il est hors de doute qu'à deux reprises différentes, ce malade qui a toute une histoire indubitablement tuberculeuse et une lésion apparemment tuberculeuse, a eu, à deux reprises, une lésion articulaire grave qui a guéri avec un traitement antisypilitique.

Le seul caractère clinique qui rend la tuberculose un peu douteuse, c'est l'infiltration périarticulaire et c'est la position juxta-articulaire des lésions. Quant à l'objection fort plausible contre l'existence de la syphilis, l'auteur y répond en disant que le plus probable c'est la syphilis héréditaire, que la mort de la mère, la disparition du père, ne permettent ni de nier,

ni d'affirmer. D'autre part le Wassermann fait trois mois après la présentation de l'auteur redevient positif.

Ceci est, comme dit Sergent, ni franchement de la syphilis, ni franchement de la tuberculose. C'est un cas hybride.

C'est pourquoi, dans ce cas, il lui a paru bon de combiner un traitement antisypilitique, c'est à savoir les frictions mercurielles et un traitement antituberculeux (immobilisation). Et en l'espace de 2 semaines le malade sortit guéri.

Des deux cas analysés, observation VIII et observation IX, aucun n'est affirmatif en faveur de l'association tuberculo-syphilitique, ni devant la clinique, ni devant le laboratoire : et pourtant ils ont été positifs devant la thérapeutique.

L'auteur analyse ensuite l'observation X au point de vue anatomo-pathologique.

Il insiste sur l'aspect clinique absolument typique de cette lésion ; au début son diagnostic avait été celui d'une arthrite syphilitique pure, car il avait noté le peu de trouble fonctionnel apporté par la lésion ; bien que la lésion existât depuis près d'un an, il avait pu continuer 10 mois son travail très pénible, travail de débardeur à bord d'un vaisseau : ceci serait insupportable avec une lésion tuberculeuse du genou ; c'est encore en marchant qu'il venait à l'hôpital.

A l'examen clinique, l'indolence dans les mouvements passifs, la distension de la capsule, et enfin les plaques de blindage retrouvées à la palpation

contrebalançaient largement la réaction à la tuberculine qui était positive, mais qui pouvait être attribuée à un foyer éloigné et torpide de tuberculose et qui d'ailleurs n'a plus à nos yeux qu'une importance restreinte chez un syphilitique pour les raisons déjà exposées.

Enfin le traitement fit le diagnostic, puisque l'iode (qui aurait eu des résultats plutôt fâcheux, si le sujet était tuberculeux) a réussi.

Au point de vue anatomo-pathologique on pourra s'appuyer sur les points suivants :

1) L'examen microscopique ne permettait de penser qu'à l'ostéo-chandrite syphilitique pour un œil exercé, car les lésions ne rappelaient absolument pas la tuberculose.

2) Le microscope permettait de voir des cellules géantes très nombreuses et typiques qui de l'avis de Baumgarten semblaient plutôt tuberculeuses.

3) Pas de bacille de Koch sur les coupes.

4) Oblitérations artérielles très accentuées dans presque toute l'étendue de la synoviale.

5) Destruction par ostéo-chandrite de la partie périphérique du cartilage avec remplacement progressif par du tissu conjonctif.

De tous ces éléments il conclut davantage à la symbiose de la tuberculose et de la syphilis qu'à la lésion syphilitique isolée seule, bien que celle-ci ait été seule en cause au moment du premier séjour. Mais il semble qu'il ait été dans ce diagnostic plutôt inspiré par deux faits qui maintenant ont beaucoup moins de valeur à nos yeux : à savoir la réaction

à la tuberculine si fréquente chez les syphilitiques et la présence des cellules géantes (déjà discutées comme valeur).

Par conséquent nous estimons que dans ces deux dernières observations, l'hybridité n'est aucunement démontrée et que si le rôle de la syphilis est patent, celui de la tuberculose l'est beaucoup moins.

CHAPITRE VII

Diagnostic et traitement

Comme il ressort de nos discussions, il nous a été impossible de trouver des faits démonstratifs sur l'hybridité syphilo-tuberculeuse, ni dans le cas compliqué de notre malade, ni dans les autres observations analogues.

Par contre, la réussite du traitement spécifique chez notre malade nous a orienté vers un diagnostic d'une lésion purement syphilitique. Depuis, nous croyons qu'il existe une catégorie d'arthrites syphilitiques qui simulent les vraies tumeurs blanches.

Il nous semble qu'en présence des cas aussi difficiles, la thérapeutique antisiphilitique mixte doit être instituée et longtemps prolongée toutes les fois que l'examen minutieux permettra de soupçonner la

syphilis ; ainsi on aura très souvent des guérisons inespérées au grand profit des malades.

Ces considérations nous permettent, dans une certaine mesure, de rapprocher de notre cas, au point de vue diagnostique, l'observation et les conclusions intéressantes de M. Nicolas (1) que nous reproduisons ci-après.

« En résumé, il s'agissait, dit-il, d'enfants présentant des manifestations oculaires, ganglionnaires, articulaires d'apparence scrofuleuses. Ce diagnostic s'imposait, pour ainsi dire, à un premier et rapide examen et on pensait être simplement en présence d'un de ces innombrables cas des lésions scrofuleuses à déterminations multiples. Puis la constatation d'un symptôme anormal (perforation du voile du palais), orientait le diagnostic sur une nouvelle piste et permettait d'affirmer chez les deux malades l'existence de la syphilis héréditaire. Ainsi le problème se compliquait par l'introduction de ce nouvel élément. Il restait à faire le point de départ de ce qui, dans ces lésions multiples, revenait à la syphilis et de ce que pouvait revendiquer la tuberculose.

Si l'on donnait à la syphilis les lésions prématurées, on était d'autre part, tenté d'attribuer à la tuberculose les altérations oculaires et les manifestations articulaires. L'examen clinique imposait l'idée de la dualité d'origine des lésions.

On pouvait soutenir une deuxième opinion et

1) Bul. de la Soc. méd. des hôp. de Lyon 1905, p. 186.

admettre de ces lésions hybrides mixtes, du scrofulate de vérole de Ricord.

Le traitement spécifique a montré qu'il fallait adopter une troisième opinion.

En effet, chez ces malades, sous l'influence du traitement, toutes les lésions se sont amendées avec une égale rapidité, aussi bien les lésions syphilitiques que les manifestations d'apparence scrofuleuses.

L'observation des faits nous avait conduit d'abord à penser qu'il s'agissait d'adénopathies syphilitiques développées peut-être sur le terrain scrofuleux. Depuis nous croyons bien plus qu'il s'agit de *lésions exclusivement syphilitiques* ».

CONCLUSIONS

I. — La syphilis acquise ou héréditaire, aux différents stades de son évolution peut affecter les articulations et donner lieu à des arthropathies reconnaissables à leur allure clinique et cédant rapidement au traitement spécifique.

II. — Parmi les arthrites syphilitiques, il en est qui échappent aux cadres cliniques habituels par diverses caractéristiques. Leur diagnostic est alors difficile avec l'arthrite tuberculeuse. Aussi cette catégorie a-t-elle reçu le nom de arthrites syphilitiques pseudo-tumeurs blanches.

Elles simulent la tuberculose par la longueur de leur évolution, leurs douleurs, leur température, leur aspect macroscopique et radiographique.

Le diagnostic en est quelquefois très difficile sur le terrain clinique.

III. — Mais leur nature même est difficile à juger au point de vue microscopique (les cellules géantes

se rencontrent dans les deux lésions, la question de la contiguité des granulations aux capillaires et aux artérioles est discutable et les lésions artérielles avec oblitération ne sont pas un gage suffisant de syphilis), au point de vue humoral, les diverses réactions de laboratoire (Wassermann, séro-diagnostic, tuberculine) ne pouvant trancher le diagnostic entre arthrite syphilitique et arthrite tuberculeuse.

IV. — Si bien qu'à l'heure actuelle rien ne permet de résoudre la question d'hybridité de la syphilis et de la tuberculose.

V. — Nous estimons donc que le nom pseudo-tumeurs blanches doit être donné jusqu'à nouvel ordre à ces lésions et que leur nature syphilitique doit être admise *a priori*, non pas au point de vue doctrinal, qui ne peut être résolu, mais au point de vue thérapeutique, car le traitement spécifique doit toujours être tenté.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
ROQUE.

Vu :

LE DOYEN DE LA FACULTÉ,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 2 Mars 1914.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Syphilome paraart. de l'extrém. supér. de l'humérus droit. *Prov. méd.*, 20 oct. 1894.
- ALLIBE. — Contrib. à l'histol. des syphilides tertiaires cutanées. Cel. géantes et follicule syphilitique. Th. Lyon, 1907.
- APERT. — *Bullet. de la Soc. Anat.* 1895, p. 649.
- ASTRUC. — De morbis venereis. Libr. VI. Paris, 1736.
- AUDRY. — Sur une forme d'arthrite douloureuse prolongée. *Rev. de chirurgie*, p. 829, 1888.
- AVSTIDISKY. — Anat. pathol. de la syphilis osseuse et du cartilage des épiphyses. *Wratch*, 1890, p. 13.
- Ostéo-chondritis épiphysaria syphilitica. Dis. Moscou. 1891.
- BACH. — Beitr. z. Kenntniss d. syph. Gelenkkrankheiten. *Arch. f. D. u. S.*, 1891, H 1.
- BARBIER. — *Bullet. de la Soc. méd. des Hôp.* 1906, p. 36.
- BARKER (de Baltimore). — Différenciation des arthrites chroniques. Congrès de Londres, août 1913.
- BARTH. — Polyarthrititis syphilitica. *Cor. bl. f. Schw. Aerzte*, 1905, XXXI, p. 492.
- V. BAUMGARTEN. — Verhandl. d. Deutsch. patolog. Gesellsch. 1901.

- BERGATH. — Syphilit. Gelenk. in Röntgenbilde. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, t. 104, 1910, p. 239.
- BERGH. — Fall v. gummöser Dactylitis. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1870, p. 223-234.
- P. BEROALD. — Aphrodisiacus sine de lue venerea, 1599.
- BERTIN. — A propos d'un cas d'arthrop. syph. tert. *Ec. du N.*, oct. 1906, p. 39.
- BONNET L.-M. — Arthrite syphil. du coude avec fistulisation et les lésions osseuses considérables. *Lyon Méd.*, 12 janv. 1912, p. 136.
- BONNET. — Traité des mal. des articul., 1845.
- BORDEREAU. — Les cel. géantes existent-elles dans les diverses lésions de la syphilis, Th. Lyon, 1902.
- BOSSE. — Histolog. u. Rad. z. tardiv. Form d. hereditären Gelenklues. *Bruns's Beitr. z. kl. Ch. Bd. 51*, 1906.
- BOUILLY. — Compar. des arthrop. rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques. Th. Paris, 1878.
- BÖWLBY. — *Brit. med. journ.*, 1893, vol. II, p. 946.
- BROCA. — Syphilis artic. du genou chez l'enfant. *Concours méd.*, 25 juil. 1903.
- CANESTRÒ. — Et. diagn. sur la syph. des articul. et des bourses séreuses. *Lyon Chir.*, p. 1910, 325.
- ED. CHRÉTIEN. — Un cas d'ostéo-arthrop. hypertr. chez une syphilitique. *Rev. de Méd.*, 1893, p. 326.
- COENEN. — Bedeut. d. sérolog. Syphilis-Nachweise in d. Chir. *Bruns's Beitr.*, Bd. 60, H 1-2, 1908.
- CLUTTON. — Symetr. synovitis of the knee in hered. syph., *Lancet*, 26 février 1886.
- DE CONINK. — Obs. d'un cas de syph. tert. terminé par la mort. Arthrop. du genou. *Bul. de la corresp. méd. de Gand*, févr. 1876.
- CORNIL. — Leçon sur la syphi., p. 269.
- COTTEN. — Arthrop. syph. tert. *France méd.*, juillet 1879.
- O. CREITE. — Sur la dactylite syph. *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, t. XCII, fasc. I, 1^{er} févr. 1908, p. 70-78, 3 fig.
- CROCQ. — Tr. des tum. bl. des articul., Bruxelles, 1853, p. 201.

- DANJOU. — Les ostéo-arthrop. déform. de la syph. héréd., Th. Paris, 1887.
- DAULOIS. — Arthrit. syph. déform. *An. de Derm. et de Syph.*, 12 nov. 1896.
- DAUZAT. — Et. sur l'arthrite syphil. Th. Paris, 1875.
- DEBONNESSET. — Consid. sur le diagn. différent. entre les manif. osseuses et articul. de la syph. héréd. et de la tuberculose. Th. Paris, 1906.
- DE DOMINICIS (Naples). — Syphilis et tuberculose. Congr. de tuberculose, Paris, 1905, p. 538.
- DEFONTAINE. — De la syphilis articulaire. Th. Paris, 1882.
- DELLA-CROCE, — *Chirurgie*, 1583.
- DÉRUJINSKY. — Diagnostic des rhumatismes chroniques. *Khír. Letop.*, t. 1, p. 46, 1895.
- DITÉRICH. — Lipoma arborescens. Dis. St-Pétersb. 1901.
- DESTERHOFF, — *Arch. f. Clin. Chir.*, XXII.
- DITTRICH. — Beitr. z. Lehre d. chir. syphilis. *Deut. Z. f. Ch.*, LXVII.
- DRESCHFELD, — Case of multiple syphilomata. Spontaneous fracture of clavícula. and of a rib. *Med. Times and Gaz.* vol. II, p. 283.
- DUFFIN. — Transact. of the clin. soc., févr. 1869, p. 92.
- DUNLOP — Syphilitic synovitis in children. *Edinb. Journ.* déc. 1904, p. 516.
- DUPLAY. — Hydarthrose syph. chr. *Bul. Méd.*, juil. 1893, p. 875.
- DURANTE. — Anat. path. des muscles. Paris, 1902.
- DUREUIL. — Contrib. à l'ét. des pseudo-tum. bl. syph. Th. Paris, 1880.
- ENGELSTED. — Klinisk Vejledning til Diagnose og Behandling of veneriske syd gomme. *Kjoenbenhavn*, 1877, p. 284.
- FABER. — Ein Fall v. schwerer allgem. syphilis mit syphilitischen Kniegelenktzündung. Dis. Greifswald, 1887.
- FABRE. — Tr. des mal. vénér., 1773 et 1777.
- FALKENBERG. — Un cas de phlébite et de rhumatisme syphilitique. *Wratch.*, 1892, 1250. >

- FALKSON. — Zur Lehre v. d. luet. Gelenkleiden. *Berl. Kl. W.*, n. 25, 1883, p. 37.
- FALOPIA (1555). — De morbo gallico. *Aphrodisiacus*, p. 825.
- FELS. — Syphilis of the knee-joint. *Wien. med. Presse*, 1904, p. 2345.
- FELTEN. — Pseudo mal de Pott syph. Th. Nancy, 1903.
- FERRERIUS, Angerius. — De pudendagra sive lue hispanica Lib. II, Antiverpia 1565. *Luisinus*, p. 493.
- FERRI, Alfonso. — De ligni sancti multiplic med. et vini extibitione. Lib. IV, Basileae, 1538, *Luisinus*, p. 493.
- FINGER. — Zür Kenntniss d. syphil. Gelenkerkr. *Wien. med. W.*, n° 28, 1884.
- La syphilis et les mal. vénér. Trad. Doyon et Spillmann, 1895.
- FLETCHER. — Transact. of the Med. Soc , London, XXVIII, 1905, p. 297.
- FORGUE. — Précis de pathol. externe, t. I, 1911, p. 813.
- FOUQUET. — De la syphilis articulaire. Th. Paris, 1905.
- Tr. de la syphilis articulaire. Paris, 1906.
- FOURNIER. — Syphilis de l'ap. locom., 1873-1882.
- Leçons cliniques, 1882.
- Syphilis héréd. tardive, 1886.
- Un cas de mal. de Pott d'orig. syph. *An. de Derm. et de syph.*, 1881, p. 19.
- Du pseudo-rhum. syph. de la per. second. *Gaz. des Hôp.*, 1887.
- *An. de Derm. et de Syph.*, 1889.
- Arthrop. tertiaires. *La Syphilis*, nov. 1903, p. 321.
- A. FOURNIER ET CROUJON. — Synovite et arthrop. syph. *An. de Derm. et de Syph.*, avril 1902, p. 266.
- FOURNIER E. — Hérédosyphilis, 1906.
- FOWLER. — *Brit. med. journ.*, 1888, p. 181.
- FRACASTOR. — De morbi contagionis. Venise, 1546.
- FRAUENTHAL. — Syphil. arthritis. *New-York Med. Rec.*, mai 1906.

- FREIBERG. — Améric. journ. of Derm. a genito-urin. Dis. oct. 1906, p. 315.
- FRIZIMELICA. — Tractatus de morbo gallico (1558). *Luisinus*, p. 994.
- FROLOW. — Gonitis syphilitica. *Reusski journal kojn. i vénér. bolesněi*, octobre 1905.
- FUCHS. — Hered. Lues u. Riesenwuchs. *Wien. Klin. Woch.*, n° 38, 1895.
- GAILLARD. — Soc. méd. des Hôp., 19 janv. 1906, p. 33.
- GALBIATI. — Saggio d'esservazioni sulla cossaglia. Napoli 1838.
- GASTOU ET CHAMPTASSIN. — Polyarthrite ankylosante syphilitique. *Presse Méd.*, 13 déc. 1913, p. 1021.
- GANGOLPHE. — Soc. anat. 17 avril 1885.
- Contrib. à l'ét. des localis. articul. de la syph. tert. *An. de Derm. et de Syph.*, 1885, p. 449.
- Maladies infect. et parasitaires des os, 1894.
- GAUCHER. — Des gommes épiphysaires. Soc. Clin. de Paris, 1879.
- Congr. intern. à Vienne, 1892.
- *Journal de Méd. et de Chir. prat.*, 10 déc. 1904.
- Syphilis héréd. simulant la scrofulo-tuberculose, *Soc. de Derm. et de Syph.*, 4 mai 1905.
- *An. des mal. vén.*, n° 1, 1906.
- GAUCHER, GASTOU ET BABOUNNEIX. — Un cas de périostite gom. du coude droit. *An. de Derm. et de Syph.*, 1903, p. 324.
- GAUCHER ET FOURNIER ED. — Polyarthrite déform. d'orig. hérédo-syphilit. *Soc. de Derm.*, déc. 1901.
- GAYET. — Dystrophie osseuse d'orig. hérédo-syph. *Lyon Méd.*, 13 sept. 1908, p. 448.
- GELMA. — Et. de la pseudo-tum. bl. syph. Th. Paris, 1891.
- GERIN ROZE. — *Union Médical*, 1869.
- GIES. — Gelenksyphilis. *D. Zeitschr. f. Ch.*, XV, 1881, p. 589.
- GOEHLINGER. — Contrib. à l'ét. de la spécificité des réactions cutanées à la tuberculin. Th. Lille, 1909.

- GOLOGANOFF. — Contrib. à l'ét. des arthrop dans la syphilis acquise. Th. Montpellier. 1907-08.
- GOUGET. — Obs. d'arthrop. syph. second. *An. de Derm. et de Syph.*, n° 3, 1889.
- DE GRANDMAISON ET BOIDIN. — Hydarth. syphilitique volum. et précoc. *Arch. gén. de Méd.*, janv. 1902, p. 58.
- GRIFFON. — Un cas de pseudo-rhum. tuberc. primitif. *Soc. Méd. des Hôp.*, 18 juin, 1903.
- GRIFFON ET DEHÉRAIN. — Pseudo-rhum. syph. ; hydarthrose volum. ; étude cytologique et expérimentale de l'épanchement. *Soc. Méd. des Hôp.*, 19 juin 1906.
- GUÉ. — Tr. des mal. vénér. Kazan, 1887.
- GOUBARIEW. — Anatomie pathol. de l'endoarthritis oblitérants. Dis. St-Pet., 1902.
- GUTTERBOCK. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1878.
- Uéb. héréd. syphilit. Erkrang. d. Gelenke. *Arch. f. Klin. Ch.*, 1879, p. 299.
- *Arch. f. Klin. Chir.*, 1883, p. 288.
- GUIGNARD. — Et. sur les arthrop. rhum. dans le cours de la syph. second. Th. Paris, 1870.
- HAHN ET DEYCKE-PASCHA. — Knochen syphilis im Röntgenbilde. Hambourg, 1907.
- HILLEBRECHT. — Uéb. syphilit. Gelenkerkr. Dis. Würzburg, 1886.
- HIPPEL. — Uéb. d. Häufigkirt. v. Gelenkerkr. bei hered. syphilis. *Munch. med. W.*, L. 31, 1903.
- HOLLANDER. — *Berlin. Dermat. Gesellsch. Sitzung d.* 12 Febr. 1906.
- HUCHARD. — Les affect. parasyph. et pararhum. *Journ. des prat.*, n° 28, 1894, p. 325.
- HUTINEL. — *Rev. mens. de méd. et de chir.*, 1878, p. 107.
- HUNTER. — Œuvres compl. Trad. Richelot, p. 565.
- HUTCHINSON. — *Brit. Med Journ.*, 16 avril 1892.
- IASTRÉBOFF. — Syphilis articulaire. *Khír. Werstnik*, octobre 1894.

- IOACHIMSTHAL. — Ueb. Knochendeformitäten bei hered. Lues. *Deut. Med. Woch.*, 1894, p. 461.
- IMBERT. — Des arthrop. syph. *Revue Générale, Gaz. des Hôp.*, n° 21, 1899, p. 185.
- INGOLD. — Des manif. rhumatoïdes dans le cours de la syph. second. Th. Paris, 1875.
- JULLIEN. — Mal. vénér., 1879.
- KIRMISSON. — Clin. sur les mal. de l'appar. locomoteur. *Bul. méd.*, 24 mai 1899.
- Coxalgie et syphilis osseuse. *Méd. mod.*, déc. 1905, p. 385.
- KIRMISSON ET JACOBSON. — Des arthrop. dans la syph. héréd. *Rev. d'Orthop.*, 1897, p. 366.
- KITAJEWSKY. — *Wratch.*, n° 6, 1882, p. 86.
- KORNILOFF. — Arthropathia tabidorum et syphilis, 1890.
- KNAAK. — Affect. artic. dans la syph. héréd. *Berl. Kl. W.*, n° 15, 1879, p. 215.
- LANCEREAUX. — Mém. de la Soc. de Chir., sept. 1863.
- Tr. hist. et pratique de la syph., 1873.
- *Gaz. des hôp.*, n° 32, 1863.
- Des arthrites syph. *Union Méd.*, 1873, p. 153.
- Tr. de la syphilis, 1874.
- LAGRANGE. — Article. Syphilis articulaire et traité de Chir., Duplay-Reclus.
- LANDERER. — Einige Fälle v. syph. Gelenkaffect. Erwachsener. *Arch. f. Klin. Chir.*, XXX, 1884, p. 217.
- LANDOIS. — Ueb. d. Vorkommen v. Langans'schen Riesenzellen bei d. syphilis d. quergestreiften Musculatur u. ihre Verwertung f. d. Diagnostik. *Bruns's Beitr.*, Bd. 63, H. 2, 1909, p. 315.
- LANNELONGUE. — Diagn. des arthrites syph. *Bul. méd.*, 20 mars 1887, *Trib. méd.*, 1887.
- Leçons de clinique chir., 1905, p. 391 et 408.
- DE LAPERSONNE. — Des arthrites infect. non tuberculeuses. Th. Paris, 1886.
- LAURENT. — Histogénèse des gommes syphilitiques de la peau. Th. Lyon, 1910.

- LE GENDRE. — *Soc. méd. des Hôpit.*, 19 janv. 1906.
- LEMNIUS-LEVINUS. — *De miraculis occultis naturae. Lib. IV. Antverpiae. 1561.*
- MACKENZIE. — Case of syph. arthritis. *Transact. of the clin. Soc. of London*, XXII, 1888, p. 206-208.
- MANINO. — Histoire clin. d'un cas de syph. tardive simulant l'affect. dite pseudo tum. bl. *France méd.* 20 février 1888.
- MARTYR-PETER. — Anglerii Mediolanensis. *Epist. LXVIII, 1488.*
- MAUCLAIR ET DUJARIER. — Mal. des articul. *Nouv. tr. de chir. par Le Dentu et Delbet, 1909.*
- MAURIAC. — Affect. syphilitiques précoces, 1872.
— Synovite tendineuse symptomatique de la syphilis *Gaz. des Hôp.*, n° 35, 1874.
— Syphilis tertiaire articulaire, 1890.
— Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire, 1890.
- MAUSSUROW. — Viertelj. f. Derm. und syph. II et III, 1881.
- MÉRICAMP. — Contrib. à l'ét. des arthrop. syph. tert. *Th. de Paris, 1882.*
- MERY ET GUILLEMOT. — Syph. héréd. tard. Kératite interst. Double osteo-arthrite du genou. *Soc. méd. des Hôp.*, avril 1903, p. 325.
- MERRY ET TERRIEN. — Arthrop. syph. à forme double chez un enfant de 4 ans. *Pédiatrie pratique*, 15 juil. 1904, p. 163.
- METAYER. — Les manif. de la syph. héréd. tardive. *Th. Paris, 1904.*
- MILIAN. — Syphilis articulaire. *Collection Gilbert et Brouardel*, t. 4, 1912, p. 202.
- MIKHAILOFF N. A. — Un cas de syphilis articulaire. *Wratch.*, n° 19, 1890, p. 432.
- MIKHAILOFF N. N. — De l'arthrite syphilitique. *Voïenno — Med. Journal.* 1. 8-9, 1901.
- MOLLARD ET FAVRE. — Ostéo-artrhite syphilitique. *Lyon Médical*, 6 mars 1910, p. 504.

- DE MOLLIÈRE. — Arthrite syphilitique. *Lyon Méd.*, déc. 1879.
- MONASTIRSKY. — *Iéjénéd. Klinitch. Gaz.*, n° 38, 1883, p. 601.
- MORGAGNI. — De sedbus et causis morborum. Pataviae 1765,
Lettre 58. De Lue veneria.
- MORESTIN. — Syphilis articulaire. *Arch. Gén. de méd.*,
1901, p. 101.
- MOREAU. — Des affect. syphil. des bourses sér. Th. Paris,
1873.
- MOREL-LAVALLÉE. — Les pseudo-tum. bl. syph. *Union
Médical*, 3 mai 1888, p. 693.
- MRACEK. — Arthromeningitis syphilitica in. d. sec. Per. d.
syph. *Wien. med. Presse*, 1882, p. 9.
- Dactylite syphilitique multiple. *Wien. Derm. Gesellsch.*,
23 janv. 1901.
- MULLER (de Munich). — Congr. de Londres, août 1913.
- NICOLAS. — Syphilis héréd. simulant des adénites et des
arthrites scrofulo-tuberc. *Bul. de la Soc. méd. de
Lyon*, avril 1905.
- NICOLAS, FAVRE ET LAURENT. — Syph. scrofuloïde cutanée
ganglionnaire ostéo-articulaire. *Prov. méd.*, n° 49,
3 déc. 1910, p. 501, 6 fig.
- NICOLAS, FAVRE ET CHARLET. — Réaction des syphilitiques
à la tuberculine, *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1^{er}
mars 1910.
- NICOLAS ET FAVRE. — Contrib. à l'histol. pathol. des syphi-
lides tert. cut. cel. géantes et follicules syph. *An.
des mal. vénér.*, juin 1907, p. 402-406.
- Cel. géantes et follic. syph. dans la syph. tert.
cutanée et muqueuse. Ces format. histol. permet-
tent-elles de distinguer avec certitude la tubercu-
lose de la syph. ? *Prov. Méd.*, 21 déc. 1907.
- NONNE. — Syphilis. u. Nervensystem. Berlin 1907.
- OPPENHEIM ET WECHSLER. — Cutiréaction de Pirquet dans
la peau saine et malade. Congr. intern. des Scien-
ces Méd. Londres, août 1913.
- ORLOW. — *Wratch.*, n° 9, 12 et 14, 1882.

- PABST. — Die Gelenksyphilis. Dis. Iéna, 1890.
- AMBR. PARÉ. — Œuvres complètes, Paris, 1561.
- PARROT. — Altér. osseuses dans la syph. héréd. *Arch. de Physiol.*, 1872.
- PASCALIDES. — Tum. bl. syphilitiques. Th. Paris, 1905.
- PERCY-PATON. — Syphilitic joint disease. *Brit Med. Journ.*, nov. 1903, p. 1389.
- PERROGON. — De l'interv. chirurg. dans arthralgies à f. persist. et rebelles. Th. Lyon, 1893.
- PIELICKE. — *Berl. Kl. W.*, 1898.
- ST-PIERRE. — Contrib. à l'ét. des arthrop. de la syph. héréd. Th. Lyon, 1900.
- PLATEAU. — Et. sur les épanch. art. syph. Th. Paris, 1877.
- PORTER. — Syphil. of the knee-joint. Chicago. *Med. Rec.* juil. 1905.
- PRIKLONSKY. — Deux cas d'arthrite syphilitique. *Prot. Maskowsk. vénér. i dermat. Obstch.* I, 1892.
- RANGUEDAT. — Des arthrites dans la syphilis héréd. Th. Paris, 1883.
- RASCH. — Laeren an de syphilitiske Arthropathier. Kjonbenhawn, 1889.
- REBEYROL. — Contrib. à l'ét. de la syph. héréd. tard. dans ses manif. épiphys. et articulaires. Th. Paris, 1902.
- RENVERS. — Gelenkkrankheiten u. syphilis. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, XXVIII, 1894.
- Z. Kenntniss d. syphil. Gelenkerkrankh. *ibidem.* XXIII, 1895.
- RICHTET. — Mém. sur les tum. bl. et mém. de l'Acad. de Méd. t. XVII, 1853, p. 249.
- RICORD. — Traité des mal. vénér. 1838.
- RISEL. — Z. Kenntniss d. syphil. Finger u. Gelenkaffect. *Berl. Kl. W.*, 1870, n° 7.
- M. ROBERT. — Nouv. tr. des mal. vénér. 1861, p. 701.
- ROCHARD. — Dactylite syph. à forme de tum. des gâines. Th. Lyon, 1909.
- ROLLAND. — Sur un cas d'ostéo-arthrop. hyperostos. tardive chez un héréd. syph. Th. Bordeaux, 1886.

- ROSENBERG. — Mehrere Fälle v. chir. Lues. Kiel, 1904.
- ROUSTAN. — Lésions périartic. de nat. syphil. *Montpellier Méd.*, avril 1880.
- RUSSEL, JAMES. — Ueb. d. Krankheiten d. Kniegelenks. Aus d. Engl. Übers. v. Goldhagen. Halle, 1817.
- SAUCET. — Contrib. à l'ét. des arthrop. de la syphilis héréditaire tardive. Bordeaux, 1904.
- SCHEDE. — Arch. de Langenbeek. Bd. XXVIII, 3 verhanal. d. *Deutsch. Gesellsch. f. Chirurgie*, 1882, p. 323.
- SCHMOLK. — *Deut. Zeitschr. f. Ch.* Bd., 23.
- SCHUCHARDT. — Krankh. d. Knochen u. Gelenke. *Deut. Chir. Lief.*, 28, 1899.
- SCHULLER. — Actiol. d. chron. Knochen u. Gelenkentzünd. *D. Zeitschr. f. Chir.* Bd. 14, 1881.
- SCHUSTER. — Ueb. Fiebercomplicationen. Syphilitischer. *Arch. f. Derm. u. Syph.*, 1873, p. 288.
- SERGENT. — Syphilis et tuberculose. Paris, 1907.
- Pseudo tum. bl. syph. chez un tuberculeux. *Soc. méd. des Hôpit.*, 1905, p. 186.
- SHIOTA. — Ueb. d. tubekuloiden Veränd. d. peripheren Nerwen bei Lepra nervorum. *Grenzbed. d. Med. u. Ch.*, 1909.
- SINGER. — Ueb.luet. Rhumatoide. *Wien. Med. W.*, mai 1903, p. 1001.
- SMIRNOFF. — Ein seltener Fall v. ausgebreiter Verunstaltung auf Grund héréd. Syphilis. *Monatschr. f. Praktiker Dermat.* Bd. VII, n° 1, 1888.
- SOKOLOFF. — *Khirurg. Westnik*. Partie IX, 1893.
- STEINBERG. — Du pseudo-rhum. syph. Th. Paris, 1898.
- SUTHERLAND. — On syph. arthritis. *Policl. London*, 1905.
- SWEDIAUR. — Tr. des mal. vénér. Paris 1801.
- TAYLOR. — Dactylitis syph. with observations on syph. lesions of the joints. Two cases of syph. synovitis of the knee-joints. *Amer. journ. of syph. a Derm.* 1871.
- Syph. disease of the bones offing a toes of children. *Philad med. a surg. Report*, 1878.

- TAYLOR. — *New-York Med. Rec.*, LXIX, 1906, 21, 280.
- TEISSIER ET G. ROQUE. — Rhumastisme chron. *Nouv. tr. de méd. et de ther.* Brouardel et Gilbert, 1906, p. 87.
- TILLMANN. — *Berl. Kl. W.*, 1884, p. 756.
- TOMITANUS, BERNARD. — De morbo gallico 1563. *Aphrodisiacus*, p. 1031-1102.
- TOURNIER. — Rhum. art. subaigu au cours de la pér. second. de la syphilis. *An. de Derm. et de Syph.* n° 10, 1889, p. 768.
- TOUSSAINT. — Des arthrop. et de leurs rapports avec les diath. rhum., scrof. et syphilitique. Th. Paris. 1881.
- TRINKLER. — *Berl. Klin. W.*, n° 26, 1890.
- VAFFIER. — Du rhumatisme syphilitique. Th. Paris, 1875.
- VARIOT. — Osteo-arthrite syphil. *Journ. de Méd. int. de Paris*, octobre 1905, p. 110.
- VERNEUIL. — Syph. des bourses sér. et hydarthr. tert. *G. hebdom.*, 1873, p. 22.
- VINAY. — Synovite syph. second. *An. de Derm. et de Syph.* 1879.
- VIRCHOW. — Ueb. syph. Gelenkaf. *Berl. kl. W.*, 1884, p. 170.
— Ueb. die Nat. d. konstitut. syphilit. Affect. *Virch. Arch.*, XV, 1859.
— *Berl. kl. Woch.*, 1886, p. 852.
- VIVIER. — Note sur un cas de pseudo-tum. bl. syph. *An. de Derm. et de Syph.*, n° 12, 1907, p. 892.
- VIDAL (de Cassis). — Tr. des mal. vénér. Paris 1859, p. 17.
— Tr. de pathol. ext., 1861, t. II, p. 449.
- VILLABOS. — Summario de la medicina. Salamanque, 1498.
- VILLANENE. — Un cas de polyarthr. syph. *Rousski Wratch*, juin 1903, p. 933.
- VOISIN. — Contrib. à l'ét. des arthrop. syph. Th. Paris, 1875.
- VOISIN ET DAUZAT. — Du pseudo rhum. syph. Paris 1875.
- VOLKMANN. — Handb. d. allg. u. spec. Chir. Bd. II, 1864, p. 10.
- J. VOPARIL. — Ein F. v. Gelenkentz. im sekund. Stadium d. Syph. *Wien med. W.*, février 1889, p. 169.

- WEGNER. — Ueb hered. Syph. bei jungen Kindern. *Virch. Arch.*, Bd. 50, p. 305.
- WEIL. — Beitr. z. Lehre v. d. syphil. Gelenkkkrankh. Dis. Strasburg, 1876.
- A. WEIL. — Un cas de manif. artic. ayant simulé le rhum. artic. aigu au cours d'une syph. second. *An. de Derm. et de Syph.*, n° 4, 1908, p. 291.
- WEISZ. — Ueb. luet. Gelenk. Heilkunde, 1904.
- WALDEYER ET KOEBNER. — Beitr. z. Kenntniss d. hered Knochensyphilis. *Virch. Arch.*, t. IX. Bd. 55, p. 367.
- WÉLIAMINOFF. — Des résections du coude. Communic. à la Soc. med. de St-Pétersbourg, 1883.
- Syphilis dans la chirurgie. *Roussk. khir. Arch.* 1903, l. 4.
 - Classification de arthropathies. *Rousski Wratch*, n° 10, 1908.
 - Polyarthritides chron. progressiva thyreotoxica. *Rousski Wratch.*, 1908.
 - Des rares affections articulaires. *Prot. Rousk. khir. obstch. Pirogova*, 1909.
 - Arthrites hybrides. Syphilis et Tuberculose. *Prot. St-Pétersb., med. khir. Obstch.*, 1909-1910.
 - Syphilis articulaire, 1910.
 - Hélio-thérapie de la tuberculose osseuse et articulaire. *Rousski Wratch.*, n° 50, 1913.
- WÉLIAMINOFF ET TILLÉ. — *Khir. Westnik*. 1887.
- WOLLENBERG. — Aetiol. d. Arthr. deform. *Zeitsch. f. orthop. Ch.*, Bd. XXIV, H. 3-4, 1909.
- V. ZEISSL. — Lb. d. Syph., 1875, p. 246.
- ZÉRÉNINE. — Affections articulaires syphilitiques., *Khir. Létop.*, l. 2, 1893.
- ZESAS. — *Fortschritte d. Med.*, 1905.
- ZIEHL. — Syph. unter. d. Bilde des acuten Gelenkrheumatismus. *Deutsch. med. W.*, n° 28, 1884.

ERRATA

Page	Ligne	Au lieu de	Lire
10	5	la terrain	le terrain
16	17	artéo-arthrite	ostéo-arthrite
24	23	+ 5 + 10 + 15	+ 5 + 10 ± 15
30	16	Ajoutons (Fouquet)	(Fouquet) Ajoutons
37	12	M. Xanlas	M. Danlos
43	28	syphilitique	syphilitique
48	4	et détermine ainsi	et déterminer ainsi
50	1 et 2	complètement, 4 ou 5 mois après ;	complètement ; 4 ou 5 mois après
51	3	a disparue	qui a disparu
54	23	diathèse	diathèse
75	35	+ 5 + 10 + 15	+ 5 + 10 — 15
78	17	Rauvier, Baumgarten	Ranvier, Baumgarten
78	30	entèrite	artérite
79	9	presque probable	presque aussi probant
84	13 et 22	l'ostéo-chandrite	l'ostéo-chondrite
87	13	innombrables	innombrables
88	1	admettre de ces lésions	admettre l'existence de ces lésions

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE PREMIER. — Introduction et division. . .	9
CHAPITRE II. — Evolution du sujet	12
CHAPITRE III. — Manifestations articulaires de la syphilis acquise et héréditaire.	18
CHAPITRE IV. — Arthrites syphilitiques hybrides .	46
CHAPITRE V. — Pseudo-tumeurs blanches. — Etude clinique et observations.	62
CHAPITRE VI. — Pseudo-tumeurs blanches. Anatomie pathologique. Pathogénie et discussion	77
CHAPITRE VII. — Diagnostic et traitement	86
CONCLUSIONS	89
BIBLIOGRAPHIE.	91

TRÉVOUX. — IMPRIMERIE J. JEANNIN.
